FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 mars 1883, *à* 1 *heure.*

PAR LÉON LEVISTE

Né à Mondétour (Eure-et-Loir), le 24 mars 1856,
Ancien externe des hôpitaux de Paris (médaille de bronze de l'Assistance publique),
Chef de clinique ophthalmologique du Dr Coursserant.

DE

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE
CHEZ LES DIABÉTIQUES

Président : M. TRELAT, *professeur.*
Juges : MM. PARROT, *professeur.* MONOD, CADIAT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :
MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

184428 3

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MES AMIS

A MON TRÈS CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR COURSSERANT

Professeur libre d'ophthalmologie.

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

M. LE DOCTEUR DAMASCHINO
Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Laennec.
(Externat, 1879.)

M. LE PROFESSEUR DUPLAY
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de Lariboisière.
(Externat 1880.)

M. LE DOCTEUR CONSTANTIN PAUL
Membre de l'Académie de médecine,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.
(Externat 1881.)

A mon excellent Maître :

M. LE DOCTEUR CAMPENON
Ex-chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

A mon President de thèse :

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT
Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.
Officier de la Légion d'honneur.

DE

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

CHEZ LES DIABETIQUES

INTRODUCTION.

Y a-t-il une cataracte diabétique? Si elle existe, doit-on l'opérer? Telles sont les deux questions que nous envisagerons dans notre thèse inaugurale.

Quelques auteurs ont affirmé qu'il n'y avait pas de cataracte diabétique; ils en ont fait une simple coïncidence dans la glycosurie. Nous montrerons que leur opinion est erronée. Pour cela, il nous suffira de rappeler l'historique de toutes les observations qui ont été publiées.

D'autres, tout en admettant cette forme de cataracte comme relevant directement du diabète sucré, se sont opposés à toute intervention chirurgicale. Chassaignac, par exemple, ne voulait pas opérer. Et il y a quelques années encore, M. le professeur Verneuil, dans un mé-

moire sur les cataractes diathésiques (1), citait cette phrase du Dr Cornillon : « Est-ce que les goutteux et les personnes atteintes de lithiase biliaire seraient, comme les diabétiques, des *noli me tangere.* »

Cette proposition était peut-être vraie alors qu'on employait les anciens procédés ; et cependant nous verrons même que ceux-ci ont donné d'excellents résultats. Mais aujourd'hui elle ne l'est plus. Nous démontrerons en effet que par l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie les insuccès ne sont guère plus fréquents que pour toute autre opération de cataracte. Nous relèverons tous les cas publiés dans la science et en y ajoutant ceux que nous avons pu recueillir à la clinique de notre maître, M. Coursserant, et dans le service de M. le professeur Trélat, nous ferons une statistique des résultats opératoires obtenus, ce que personne n'a fait jusqu'à ce jour.

Mais avant de commencer, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de profonde gratitude à notre très cher et excellent maître, M. le Dr Coursserant, et de le remercier ici de l'extrême bienveillance et des affectueux conseils qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les trois années que nous avons suivi sa clinique.

Nous remercions aussi M. le professeur Trélat d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

(1) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, avril 1877, p. 289.

CHAPITRE PREMIER.

LA CATARACTE DIABÉTIQUE EXISTE-T-ELLE?

Cette question, si controversée autrefois, paraît résolue aujourd'hui. Nous n'entrerons pas ici dans tous les détails anatomiques et cliniques de la cataracte diabétique. Nous nous contenterons de les signaler dans le cours de notre thèse, car on les trouvera détaillés dans les observations que nous publions. Du reste, M. Lecorché les a trop bien étudiés pour qu'il soit nécessaire d'y revenir d'une façon spéciale (1). Nous tirerons les preuves de l'existence de cette cataracte, de l'abondance des mémoires qui en ont été le sujet, et nous verrons, dans cette étude chronologique, les différentes phases par lesquelles elle a passé.

C'est en 1778 qu'on s'aperçut pour la première fois que le diabète sucré pouvait se compliquer de cataracte; et c'est à John Rollo que revient la priorité de cette découverte (2).

En 1817, Destouches en parla dans sa thèse (3).

Puis il faut arriver jusqu'en 1844, époque où parut le livre de Mackenzie, pour retrouver signalés quelques faits de cataracte diabétique (4).

(1) Archives générales de médecine, 1861.

(2) Rollo. Cases of the Diabeter mellitur, 2e édit. London, 1778.

(3) Destouches. Du diabète sucré. Thèse de Paris, 1817.

(4) Mackenzie. Traité pratique des maladies des yeux. Traduction de Laugier, 1844.

Personne, jusqu'alors, n'avait nié la cause de cette altération du cristallin, quand Valleix écrivit « qu'on aurait tort d'attribuer au diabète la cataracte (1). »

Arlt était du même avis. En 1854, il disait n'en avoir vu que six cas, malgré une longue et vaste pratique.

Garrod, en 1857, sur un nombre considérable de diabétiques, prétendait n'avoir jamais rencontré d'altération de ce genre.

Enfin, en 1860, Fauconneau-Dufresne n'admettait qu'une simple coïncidence entre l'affection oculaire et l'état général du malade. Sur 162 cas de glycosurie qu'il avait relevés, il n'avait trouvé qu'une seule fois la cataracte.

Ces différents auteurs furent les seuls, à cette époque, à ne pas reconnaître que le diabète avait une influence directe sur le cristallin. Depuis, cette opinion n'est partagée que par M. le professeur Gosselin. Nous verrons pus bas ce qu'il disait en 1872 dans une de ses cliniques.

Les autres travaux sont tous en faveur de cette manifestation diabétique.

Hasner avait déjà vu 10 cas de cataractes chez des glycosuriques. Gunzler en avait rencontré deux.

Lomeyer publia même un travail sur la pathogénie et la nature de l'altération cristallinienne.

Oppolzer, en 1852 (2), écrivait qu'il avait soigné, dans une pratique de quinze ans, 21 cas de diabète à Prague,

(1) Valleix. Guide du médecin praticien, t. III, 2e édit.
(2) Heller's Archiv. für physiolog. und patholog. chemie, 1852.

Leipzig et Vienne, et sur ce nombre, 2 compliqués de cataracte.

Heller (1), qui eut l'occasion de suivre 30 diabétiques en dix ans, constate la même complication sur 2 d'entre eux.

Stœber, en 1856 (2), rapporte une observation de cataracte diabétique très probante.

France, en 1859 (3), dit que beaucoup de ces cataractes ont été ignorées, et il cite 4 nouveaux cas remarquables.

Bouchardat dit l'avoir vue une fois sur 38 malades qu'il a suivis.

Leudet, Bérard, Desmarres et Sichel affirment que ce n'est pas là l'effet d'un pur hasard.

En 1860, de Graefe va même plus loin, car il soutient que les cristallins s'opacifient chez le quart des diabétiques.

Mais, comme nous le disions plus haut, c'est surtout le travail de M. Lecorché (4) qui établit les rapports entre le diabète et l'altération du cristallin. Le premier, il montra nettement la nature et la pathogénie de cette forme spéciale.

Désormais on étudie l'influence des diathèses sur l'organe de la vision. On s'aperçoit que celui-ci est le siège de manifestations multiples. L'existence de la cataracte diabétique n'est même plus discutée. On s'oc-

(1) Heller's Archiv. für physiolog. und patholog. Chemie, 1852.
(2) Gazette médicale de Strasbourg, 1856.
(3) Opthalmie medical Reports, 6e numéro, 1859.
(4) Lecorché. *Loc. cit.*

cupe surtout du manuel opératoire qu'on devra employer.

En 1863, M. le professeur Bouisson, de Montpellier, publie un mémoire sur la nature et le traitement de la cataracte diabétique.

Dans les Annales d'oculistique de la même année, on trouve résumée une observation de Swain.

En 1864, Knapp rapporte un cas avec opération.

En 1869, Margossoff, dans sa thèse, s'inspirant des idées de M. Bouisson, conclut à la méthode par abaissement.

L'année suivante, Gomès, dans une thèse sur l'extraction linéaire modifiée, nous donne deux nouvelles observations.

Et M. Perrin (du Val-de-Grâce) lit à la Société de chirurgie quatre observations de cataracte diabétique (1).

Cependant, en 1872, M. le professeur Gosselin proteste contre cette forme particulière et indépendante de toute autre cause qu'on a donnée à la cataracte. « Vous savez, dit-il dans une de ses cliniques, que dans ces dernières années, quelques auteurs et particulièrement, en France, M. le Dr Lecorché, ont parlé de la *cataracte diabétique*. Ces deux mots rapprochés semblent exprimer la pensée que le diabète peut engendrer la cataracte. Il n'en est rien. La coïncidence de la cataracte et de la glycosurie n'est pas assez fréquente pour qu'on soit autorisé à admettre une relation de cause à effet entre les

(1) Société de chirurgie, 5 janvier 1870.

deux maladies. Pour moi, c'est tout simplement le hasard qui les réunit (1). »

Depuis 1872, personne n'a partagé l'opinion du savant professeur, car, si nous continuons l'étude chronologique que nous avons entreprise, nous voyons tous les auteurs parler de cataracte diabétique. Les observations paraissent même nombreuses.

En 1876, M. le Dr Teillais (de Nantes) publie une observation très intéressante, car les recherches chimiques ont montré qu'il y avait du glucose dans le cristallin (2).

Deux ans plus tard, notre excellent maître, M. le Dr Coursserant fait, dans le *Journal d'ophthalmologie* (3), une étude remarquable sur l'opération de la cataracte chez les diabétiques et la complète par des observations prises dans le service de M. le professeur Trélat.

La même année, M. le Dr Dor fait connaître les cas qu'il a rencontrés dans sa pratique (4). Sichel fils publie des résultats opératoires très heureux (5). De Wecker consacre quelques pages à la cataracte diabétique dans sa *Thérapeutique oculaire*.

En 1879, M. le Dr Thomas (de Tours), communique à la Société de chirurgie l'observation d'une cataracte glycosurique opérée.

(1) Gosselin. Clinique chirurgicale de la Charité, t. II, p. 370, 3e édit., 1879.

(2) Annales d'oculist., 1876.

(3) Journal d'ophthalmologie, 1878.

(4) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, mai 1878.

(5) Bulletin de thérapeutique, 1878.

Kwiatkowski, dans sa thèse, nous rapporte de nouveaux faits.

Nous-même, avons publié une nouvelle observation (1) accompagnée du résultat opératoire.

Enfin, qu'on ouvre les pricipaux traités d'ophthalmologie et l'on verra que, dans tous, il y a un chapitre spécial consacré à l'étude de la cataracte diabétique.

Cette liste, assez longue, des ouvrages parus sur cette question, serait bien suffisante pour démontrer que le diabète produit, dans le cristallin, une altération particulière. Nous n'aurions donc pas besoin d'entrer dans d'autres détails, si une description aussi sommaire que possible de cette cataracte ne nous était pas nécessaire avant d'aborder le manuel opératoire. La consistance, la forme nous permettront en effet de discuter plus tard à quelle méthode on devra avoir recours pour l'opération.

Le début de cette cataracte se fait dans le diabète confirmé ou dans sa période ultime. La marche en est rapidement progressive : quelquefois une semaine ou deux suffisent à son entier développement ; le plus souvent il faut plusieurs mois ou même une année.

Non seulement cette altération frappe les deux yeux en même temps, mais encore elle se développe avec une vitesse à peu près égale dans chaque cristallin. Presque jamais celui-ci ne se prend en masse et rarement le centre de la lentille est pris le premier. Ce sont les couches corticales postérieure ou antérieure qui sont d'abord

(1) Gazette des hôpitaux, décembre 1881 et août 1882.

affectées. Il se forme des stries qui se dirigent de la périphérie au centre.

Quand la cataracte est complète, elle est volumineuse, boursouflée, phénomène qui explique la propulsion de l'iris en avant. Sa teinte est uniformément blanchâtre, opalescente.

Sa consistance est molle chez les sujets au-dessous de 25 ans, demi-molle chez les adultes. Il n'en est pas de même quand la cataracte, au lieu d'être d'origine diabétique, s'est développée pour toute autre cause chez un diabétique. Dans ce dernier cas, la consistance est plus dure, et comme le cristallin est sclérosé, il ne repousse pas l'iris en avant.

Mais nous ne voulons pas dire que toute cataracte chez un diabétique soit d'origine glycosurique. Plusieurs de nos observations nous montreront en effet des vieillards porteurs de cataractes dont le développement, la forme et la consistance ne présentaient par les caractères spéciaux à la cataracte diabétique vraie. Une observation de M. Perrin (voir observ. XIII) nous en donne une preuve remarquable. Dans ce cas, le cristallin a mis sept ans à s'opacifier complètement et pourtant le malade était glycosurique depuis 22 ans. D'autres faits (voir observ. XI et XII) nous démontrent clairement que la diathèse n'avait eu aucune influence sur l'altération cristallinienne.

Il en est de même des cas où les malades, affectés de cataracte, ont d'une manière intermittente du sucre dans les urines. Nous citerons les observations XVI et XXXV dont une est empruntée au service de Mr le professeur

Gosselin (1) et l'autre au Dr Armaignac (de Bordeaux) (2).

Néanmoins au point de vue des suites opératoires, il nous semble qu'on peut ranger ces malades dans la même classe que ceux dont la cataracte est véritablement d'origine glycosuriqne, car le malade de Mr Perrin, qui avait périodiquement au pied des gangrènes superficielles était, comme on le voit, un terrain favorable pour amener des complications.

Quelle est la proportion de la cataracte chez les glycosuriques? Les auteurs à se sujet ont émis des opinions bien différentes :

Fauconneau-Dufresne	en avait vu	1 sur	162 cas
Oppolzer	—	2 —	21 —
Heller	—	2 —	30 —
Bouchardat	—	1 —	38 —

De Graefe disait qu'il y en avait 25 pour 100,

En additionnant ces deux colonnes nous trouvons 31 cataractes pour 351 diabétiques, c'est-à-dire à peu près 9 pour 100.

Nous ne donnons pas cette moyenne comme répondant exactement à la vérité. Nous sommes même persuadé qu'elle est un peu plus forte, car si de Graefe exagère, les autres auteurs, selon nous, ont une proportion trop faible.

(1) Pintaud-Désallées. Thése de Paris, 1872.

(2) Armaignac. Revue clinique d'oculist. du sud-ouest, décembre 1882. no 12.

CHAPITRE II

DOIT-ON OPÉRER LA CATARACTE DIABÉTIQUE

Depuis quelques années, on a fait jouer un très grand rôle aux diathèses sur les suites des opérations chirurgicales. Un de nos savants maîtres, M. le professeur Duplay, dans son discours d'ouverture, en 1881, s'exprimait ainsi : « Les beaux travaux de M. Verneuil nous ont montré l'influence considérable qu'exercent les diathèses et les états constitutionnels sur la marche et la terminaison des maladies et nous ont donné l'explication des désastres chirurgicaux dont la raison nous échappait autrefois. » En effet on a été longtemps avant de s'expliquer les suppurations prolongées, les gangrènes qu'on rencontrait chez certains opérés.

Depuis on a mis ces accidents sur le compte du mauvais état général des malades. Et, comme l'œil est un des organes de l'économie où les manifestations diathésiques apparaissent le plus souvent, on attribua les insuccès à la diathèse.

En 1859, M. Dechambre disait que le succès après l'opération de la cataracte diabétique était toujours *assez problématique* (1).

En 1861, M. Lecorché avait vu Chassaignac refuser l'opération de la cataracte chez un glycosurique. Et

(1) Gazette hebdomadaire, 1859, n° 51.

pourtant ce malade était dans de bonnes conditions pour supporter le traumatisme opératoire.

Nous comprenons fort bien les idées de Dechambre et de Chassaignac. A l'époque où ils les ont émises on opérait la cataracte par l'extraction à grand lambeau et ils avaient eu connaissance des insuccès qu'avaient obtenus chez les diabétiques Bérard, Laugier et Desmarres. De si mauvais résultats entre les mains de tels opérateurs pouvaient bien rendre prudents les autres et même les désarmer complètement contre cette forme de cataracte.

Mais depuis on modifia le manuel opératoire et les pansements, on rechercha la plus grande propreté de l'œil, on connut mieux les rapports entre l'altération locale et l'état général, et désormais les succès se multiplièrent. Aussi sommes-nous surpris de voir, en 1877, M. Cornillon considérer les diabétiques comme des *noli me tangere.*

Notre statistique prouvera le contraire. En relevant tous les cas heureux ou malheureux qui ont été publiés, nous verrons que les insuccès ne sont guère plus nombreux que pour toute autre autre opération de cataracte, surtout depuis que l'on emploie *l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie* et la méthode antiseptique dans les pansements.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les anciennes méthodes dans tous leur détails, car c'est principalement de l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie que nous voulons parler. Néanmoins nous ne passerons pas sous silence l'abaissement, la discision et

le broiement qui, quoique condamnés aujourd'hui par tous les opérateurs, ont donné des guérisons chez les diabétiques cataractés.

Abaissement, *discision*, *broiement*. Par l'emploi de ces procédés, les succès, dit de Graefe, n'étaient que de 60 pour 100, pour les cataractes en général. Or dans la forme glycosurique les avantages devaient être encore moindres à cause de la consistance molle ou demi-molle du cristallin. L'aiguille parfois ne pouvait pas abaisser le cristallin, elle le déchirait, le divisait en masses qui s'accolaient contre l'iris, pénétraient dans la chambre antérieure : de là des iritis et des cataractes secondaires.

On assistait, selon de Graefe (1), à trois séries de phénomènes morbides :

1° Inflammations plastiques et suppuratives des membranes internes;

2° Infiltration du tissu même du corps vitré quand la cataracte y avait été enfoncée;

3° Inflammation sécrétoire avec un caractère glaucomateux.

Et quand les membranes profondes, rétine ou choroïde, étaient déjà lésées, le phlegmon de l'œil se montrait assez fréquemment (Desmarres).

Nous allons rapporter les deux insuccès que France a publiés (2).

(1) De Graefe. Clinique ophthalmologique. Traduc. de Meyer, 1866.
(2) Ophthalmic Hospital Reports, 1859, p. 273-280, 6e numéro.

Observation I (résumée).

Cataracte diabétique ; kératonyxis ; insuccès.

Malade d'âge moyen, traité pour le diabète, à Guy's Hospital. Affaiblissement rapide de la vue. Cataracte. Kératonyxis. Le cristallin divisé ne se résorbe pas et la plaie cornéenne reste fistuleuse. Aucune amélioration de la vision.

Observation II (résumée).

Cataracte diabétique ; abaissement ; insuccès.

En 1845, femme de 38 ans, diabétique depuis quelque temps, se plaint de ne plus voir clair. Densité de l'urine = 1045. Cataracte : couches profondes du cristallin opacifiées, couches antérieures plus transparentes. Abaissement, mais l'aiguille entrant dans les parties molles ne fit que diviser la substance du cristallin. Deux mois après, l'iris était partout adhérent, la pupille contractée et obstruée.

Arlt, en 1854, avait opéré quatre cataractes par broiement. Sur ces quatre opérations, deux insuccès.

Hancock se servit aussi du même procédé et n'eut qu'un demi-succès.

Observation III (résumée) (1).

Cataracte diabétique ; broiement ; demi-succès.

En 1860, femme de 39 ans. Cataracte double, molle. Diabète. Broiement une première fois sans accidents, mais la résorption du cristallin ne se fait pas complètement.

(1) Lancette médicale, 1850.

Toutefois, M. le professeur Bouisson, de Montpellier, obtint des succès. Jamais il n'eut de revers dans les cas de ce genre. Aussi préconise-t-il pour la cataracte diabétique l'abaissement ou la discision, ou les deux méthodes combinées ensemble.

Voici les observations de M. Bouisson :

Observation IV (résumée) (1).

Cataracte diabétique double ; abaissement ; succès.

Jeune homme de 20 ans, diabétique depuis quelques années. Un an avant d'entrer dans le service de M. Bouisson, il rendait 20 litres d'urine par vingt-quatre heures. Quand il entre à l'hôpital, il est très anémié. Affaiblissement de la vue depuis plusieurs mois des deux côtés. Cataracte double : demi-molle à gauche, plus molle à droite. On soumet d'abord le malade à un régime antidiabétique et fortifiant.

Double opération dans la même séance.

A gauche, l'abaissement fut le procédé employé ; succès immédiat.

A droite, même méthode ; mais, vu la consistance de la cataracte, on ne put faire basculer le cristallin. On le broya, et comme il existait une masse assez volumineuse et de consistance plus ferme que les autres, on l'abaissa. Quelques jours après, il y eut une inflammation passagère qui céda aux frictions mercurielles belladonées et aux applications de sangsues.

La guérison de la cataracte s'est maintenue ; la résorption du cristallin s'est complètement effectuée à droite ; et à gauche il n'y a eu ni réascension du cristallin, ni affaiblissement de la rétine, ni choroïdite secondaire.

(1) Montpellier médical, janvier 1863.

Observation V (résumée) (empruntée à la thèse de Margossoff) (1).
Cataracte diabétique double ; abaissement ; succès.

Homme de 47 ans, entré dans le service de M. Bouisson, 13 décembre 1865.

Fièvres intermittentes en Afrique dans ces dernières années. Diabétique depuis 1862. Affaiblissement rapide de la vue des deux yeux depuis mars 1865, cataracte double complète en juin de la même année.

Œil gauche : abaissement 12 janvier 1866. Réascension partielle du cristallin le 22.

Œil droit : abaissement 2 février 1866. Suites régulières et normales.

A la fin de février, le malade lit avec des lunettes ; il voit et distingue tous les objets.

A cette époque la résorption du cristallin réascensionné s'opère manifestement.

Le 3 ou le 4 mars, le malade sort de l'hôpital.

Sur 11 opérations de cataracte diabétique pratiquées par abaissement, discision ou broiement, nous avons compté 6 succès, un demi-succès et 4 insuccès.

Extraction à grand lambeau. — Par cette méthode, les résultats opératoires ont été presque toujours funestes. Nous ne pourrions, il est vrai, citer d'observations à l'appui de ce que nous avançons. Mais les auteurs qui en ont parlé ont tous dit que Bérard, Laugier, Desmarres avaient eu de nombreux accidents. M. Lecorché est le premier qui cite ces faits (2). Depuis, ils ont

(1) Margossoff. Études sur la cataracte diabétique. Thèse de Montpellier, 1869.

(2) Lécorché. Archives générales de médecine, 1861.

été souvent répétés. Malgré de minutieuses recherches, nous n'avons pu découvrir où ils ont été publiés, ce qui nous fait croire à de simples communications orales. Néanmoins nous sommes tout disposé à les accepter, car Sichel fils, qui a vu un grand nombre d'opérations de cataracte soit en France, soit à l'étranger, dit n'avoir jamais vu réussir de cataracte diabétique par la méthode à grand lambeau (1).

Si nous cherchons l'explication de ces désastres chirurgicaux, devrons-nous les imputer au modus faciendi ou à la diathèse ?

A notre avis, c'est surtout le manuel opératoire qui jouait un rôle funeste. Et, comme on ne s'entourait pas à cette époque de toutes les précautions voulues en présence d'un diabétique, la diathèse ajoutait encore aux complications opératoires. C'est ce que nous verrons rarement arriver plus tard avec l'extraction linéaire modifiée.

Les accidents dus à la méthode à grand lambeau étaient nombreux.

Evacuation des humeurs de l'œil immédiatement après l'opération.

Epanchement de sang dans la chambre antérieure.

Affaissement du lambeau.

Soulèvement du lambeau.

Hernie de l'iris.

Glissement de la paupière sous le lambeau.

Difficile coaptation ou non-cicatrisation des lèvres de la plaie.

(1) Bulletin général de thérapeutique, 1878.

Ces complications se manifestant sur un sujet dont les tissus organiques avaient déjà subi une dénutrition assez considérable, comme dans le diabète, menaient fatalement à une mortification de la cornée et à une fonte purulente du globe. Tel était le rôle de la diathèse qu'on aurait peut-être évité si l'on avait mieux connu les rapports entre la cataracte qu'on opérait et l'état général du malade.

Extraction linéaire simple. — En face d'accidents aussi terribles, que fallait-il faire? S'abstenir comme Chassaignac ou modifier le manuel opératoire? De Graefe suivit cette dernière idée. Et dès 1855, il préconisa l'extraction linéaire pour les cataractes molles.

L'incision faite et la capsule du cristallin déchirée, il suffisait de déprimer une des lèvres de la plaie pour que la cataracte sortît facilement.

Plus de lambeau cornéen, facile accolement des deux bords de la plaie et cicatrisation rapide, tels étaient les avantages de cette méthode. Nous verrons plus bas quels en étaient les inconvénients.

L'extraction linéaire fut adoptée immédiatement pour la cataracte diabétique. Stoeber, Swain, Knapp, de Graefe en ont rapporté des observations.

Observation VI (résumée).
(Empruntée à Stœber. Gaz. méd. de Strasbourg, 1856).
Cataracte et diabète ; extraction par incision linéaire ; succès.

Rosalie Seltz, 23 ans, affectée de diabète depuis plusieurs mois, entre à la clinique ophthalmologique le 18 février 1856.

Quantité de glucose considérable dans l'urine. Maigreur extrême.

Depuis quelques mois affaiblissement progressif de la vue. A son entrée à la clinique, la malade ne distingue que le jour de la nuit. Cataracte double. Cristallins opaques, volumineux, poussant les iris en avant.

Opération de l'œil droit le 21 février.

« La malade étant couchée sur un lit, les paupières écartées par un aide, je fixai l'œil à sa partie interne au moyen d'une pince tenue de la main droite et j'enfonçai de la main gauche un kératotome à travers la cornée jusque dans la capsule du cristallin.

« La ponction est faite du côté externe de la cornée, un peu en dedans de la partie qui correspond au bord pupillaire de l'iris; le tranchant du couteau est dirigé vers en bas.

« La lame, ayant pénétré assez avant pour ouvrir la capsule et faire à la cornée une incision de 7 à 8 millimètres, fut retirée. L'humeur aqueuse et une petite quantité de matière cristalline s'échappèrent immédiatement. Je saisis ensuite la curette de Daviel, je pressai légèrement sur la sclérotique à sa jonction avec le bord externe de la cornée, de manière à entr'ouvrir les lèvres de la plaie et nous vîmes immédiatement la matière cristalline s'échapper par la plaie sous forme d'une gelée molle, et la pupille devenir complètement nette. »

Au bout de trois jours, l'œil fut laissé libre; on fit simplement porter à la malade des lunettes bleues pour l'abriter contre la lumière trop vive.

La guérison s'est bien maintenue, car, dix mois plus tard, Stœber vit la malade qui avait une fort bonne vue et dont le diabète pourtant n'était pas guéri.

La matière cristalline remise à M. Hepp, pharmacien de l'hôpital, ne renfermait pas de glucose.

Quoique résumée, si nous avons tenu à rapporter aussi longuement cette observation, c'est parce qu'elle est la première qui relate une extraction linéaire de cataracte diabétique. Stoeber lui-même trouvait ce procédé si ad-

mirable qu'il regardait le succès de cette opération comme un des plus beaux de la chirurgie moderne.

En 1858, 1859 et 1860, de Graefe fit six opérations de cataracte diabétique par cette méthode et il eut six succès.

Nous publions ici un de ces cas :

Observation VII (résumée) (1).

Cataracte diabétique double ; extraction par incision linéaire ; succès.

Jeune homme de 19 ans, atteint de diabète depuis quelques années. Au moment de son entrée à la clinique, pâle, amaigri. Toux fréquente, mais pas de tubercules. Beaucoup de sucre dans l'urine. Cataracte double. Pour l'une, la marche avait été de trois mois, pour l'autre de quinze jours.

L'extraction linéaire fut exécutée sur les deux yeux dans la même séance. La guérison survint sans accidents.

Le malade resta deux jours au lit, le troisième, il quittait la chambre, et le huitième, il rentrait dans son pays.

Deux succès.

En 1863, Swain publie également un double succès.

Observation VIII (résumée) (2).

Double cataracte diabétique; extraction linéaire ; succès.

Femme, âgée de 39 ans, diabétique depuis le commencement de 1859 et atteinte de cataracte depuis le milieu de la même année.

Le 17 août 1861, opération de Schuft sur l'œil droit. Le noyau étant très petit, tout le cristallin fut facilement extrait. Pas de douleur après l'opération, pas d'inflammation.

(1) Archives générales de médecine, 1861. Mémoire de Lecorché.

(2) Ophthalmic hospital Reports, n° 4, p. 331-32, 1862.

Une semaine plus tard, même opération sur l'œil gauche. Les suites en sont régulières et normales.

Et trois semaines après, on choisit à la malade des lunettes à cataracte avec lesquelles elle peut lire les caractères ordinaires.

Deux succès.

Nous trouvons encore dans les Annales d'oculistique une observation de cataracte diabétique double opérée par extraction linéaire. Elle est de J. Knapp.

Observation IX (résumée) (1).

Extraction linéaire d'une cataracte diabétique double.

Sch..., âgé de 25 ans, diabétique. Cataracte double complète à gauche, incomplète à droite. Opération sur les instances du malade. Extraction linéaire : œil gauche. Issue d'une petite quantité de corps vitré. Cinq jours après le malade quitte le lit.

Dix jours après même procédé pour l'œil droit; mais le noyau est enlevé avec la curette de Daviel à travers la section qu'on a été obligé d'élargir.

Le malade quitte la clinique au bout de quelque temps, lisant le n° 5 sans lunettes.

Cette opération nous paraît intéressante pour plusieurs raisons. L'issue d'une petite partie du corps vitré, l'emploi de la curette de Daviel pour la recherche du noyau ont été sans conséquence pour la guérison. En outre *on a trouvé dans l'humeur aqueuse du glucose*, phénomène qui n'avait pas encore été constaté jusqu'ici.

Nous avons donc à noter deux succès.

(1) Ann. d'oculist., 1864.

Extraction linéaire avec iridectomie. — Nous avons vu, dans les deux dernières opérations, les opérateurs être obligés de se servir de curettes, soit de Schuft, soit de Daviel, pour faire sortir le cristallin. Knapp fut même obligé d'élargir la plaie. Ces complications, dans le manuel opératoire étaient dues à la présence de cataractes demi-molles dont les masses corticales ou le noyau étaient arrêtés par l'iris. Aussi l'extraction linéaire qui convenait très bien aux cataractes molles, c'est-à-dire chez les sujets au-dessous de 25 ans, devenait insuffisante pour des sujets plus âgés porteurs de cataractes demi-molles. Non seulement il pouvait rester quelques masses cristallines impossibles à extraire, mais celles-ci en se logeant derrière l'iris déterminaient un prolapsus, un enclavement irien dans la plaie. De plus les instruments, tels que curettes ou autres, dont on se servait pour faire rentrer l'iris ou extraire ce qui restait de matière cristalline dans la chambre antérieure étaient souvent la cause de contusions, d'inflammations iridiennes, même entre les mains des plus habiles opérateurs.

C'est pour parer à ces inconvénients que, vers la fin de 1858, de Graefe se mit à exciser l'iris dans la partie correspondante à la plaie scléroticale qu'il faisait pour l'extraction linéaire.

L'iris, dès lors, ne fut plus soumis aux contusions et le passage pour le cristallin fut plus libre.

Et, comme le dit Bowman, « la pupille, agrandie par l'iridectomie, offre pour les fragments lenticulaires mobiles un espace plus considérable et dans lequel ils

sont moins sujets à être emprisonnés et à servir d'excitants mécaniques, car, plus la pupille se resserre sur ces petits corps, plus l'iris sera enflammé (1). »

M. Bouisson écrit au contraire que dans le diabète, où les inflammations sont plus fréquentes que dans l'état normal, on ne devrait pas se servir de l'extraction avec iridectomie. Avec cette dernière modification surtout « on se crée des difficultés nouvelles et on soumet l'organe malade à un traumatisme chirurgical qui, pour être habilement réglé, n'est pas moins grave à tous les points de vue (2). »

L'expérience prouva que l'iridectomie, au contraire, était une modification importante. Non seulement elle permettait au cristallin de sortir plus facilement, mais elle agissait encore comme antiphlogistique dans les cas où survenaient des accidents post-opératoires.

M. Lecorché, dans son excellent travail, rapporte que de Graefe, en 1859 et 1860, a opéré trois cataractes diabétiques par ce nouveau procédé et que ces opérations ont été suivies de succès.

Dans une thèse de Montpellier (3), nous trouvons également deux opérations de ce genre. Les cataractes diabétiques ont été opérées par M. le professeur Courty.

(1) Bowman. Ann. d'oculist., 1866, t. LV, p. 67.

(2) Bouisson. Montpellier médical, 1863.

(3) Gomès. Du traitement de la cataracte par l'extraction linéaire modifiée. Thèse de Montpellier, 1870.

Observation X (empruntée à la thèse de M. Gomes).

Cataracte diabétique double; incision linéaire avec iridectomie; succès.

17 novembre 1863, Eugénie ....., 26 ans, diabétique, à la maison de refuge de la Sœur-Cécile. Opération sur les deux yeux. Incision linéaire avec le couteau lancéolaire au côté externe de chaque côté. Iridectomie. Extraction des cataractes molles et de quelques lambeaux avec l'aide de la curette de Schuft. Un peu d'épanchement de sang extravasé dans la chambre antérieure de l'œil droit. Rétablissement complet de la vision des deux côtés. Avec des lunettes, la malade lit, coud, travaille. Deux ans après, Eugénie est morte par suite des progrès du diabète et du développement de la phthisie pulmonaire.

Deux succès.

Extraction linéaire périphérique. — Toutefois ce nouveau procédé qu'on avait voulu étendre à l'extraction de toutes les cataractes fut jugé imparfait.

Les uns firent une incision plus large, les autres, et surtout Waldau et Critchett, imaginèrent différentes curettes pour extraire le cristallin.

C'est alors que de Graefe, après être allé en Angleterre pour voir opérer les chirurgiens de ce pays, et après avoir essayé de leurs modifications pensa qu'il fallait changer la forme et la longueur de l'incision. Au lieu de faire une plaie strictement linéaire, il en fit une légèrement courbe et périphérique à la cornée. Et, au lieu de se servir du couteau lancéolaire, il adopta un couteau étroit et allongé qui maintenant porte son nom.

Cette nouvelle méthode, qui date de 1865, fut dési-

gnée sous le nom d'*extraction linéaire périphérique ou modifiée*.

Nous ne décrirons pas maintenant cette opération, nous y reviendrons plus tard lorsque nous parlerons de la méthode à employer pour les cataractes diabétiques. Nous dirons simplement que l'incision était pratiquée à un millimètre au-dessus du bord supérieur de la cornée, au niveau du canal de Schlemm. De Graefe avait choisi cette région parce qu'elle est riche en vaisseaux et qu'elle donne une cicatrisation plus rapide. Toutefois ce nouveau *modus faciendi* n'est pas exempt de reproches et nous verrons que s'il a été adopté par un certain nombre d'opérateurs, beaucoup d'autres l'ont abandonné et ont choisi comme limite supérieure de leur section la jonction de la cornée avec la sclérotique ou même un demi-millimètre au-dessous de cette jonction.

Nous en arrivons de suite aux observations qui relatent des opérations de cataracte diabétiques faites par l'extraction linéaire modifiée.

Observation XI (empruntée à la thèse de M. Gomès).

Cataracte diabétique double ; extraction linéaire modifiée ; succès. L'opération a été faite par M. Courty.

1er juillet 1869. Maurant, de Nîmes, 65 ans, diabétique pendant six mois de l'année précédente et actuellement rétabli ; d'un naturel très emporté et fort disposé aux congestions cérébrales ; cataracte double. Opération. Quelques jours après, dans un accès de colère, le malade se donne un coup à l'œil droit : accidents inflammatoires consécutifs heureusement combattus. Rétablissement complet, il lit et écrit. Un an après, le malade est mort d'apoplexie foudroyante.

Deux succès.

Cette observation nous donne un exemple de cataracte sénile survenue chez un diabétique.

En 1870, M. Maurice Perrin, pour montrer que le diabète n'avait aucune influence sur les opérations de cataracte diabétique, lut à la Société de chirurgie les observations suivantes :

Observation XII (Perrin).

Dans le courant de l'été dernier, l'un de mes collègues de l'armée vint me consulter au sujet d'une double cataracte dont il était porteur.

L'une de ces cataractes, examinée à l'éclairage oblique, s'est montrée constituée d'un noyau ambré de moyenne dimension et d'épaisses couches corticales grisâtres dans lesquelles se voyait encore la structure fibreuse du cristallin. L'exploration du champ visuel annonçait un rétrécissement sensible sur tous ses points.

Le malade offrait les apparences de la santé la plus parfaite. Il était robuste, d'un embonpoint de bon aloi, de l'appétit, une soif normale; mais il présentait ce signe particulier d'avoir des cataractes qui s'étaient développées en moins de quinze mois.

60 grammes de sucre par litre. Malgré ce contre-temps l'extraction de la cataracte la plus complète fut pratiquée au commencement d'octobre par le procédé d'*incision linéaire modifiée* ou *procédé de de Graefe*.

Les temps de l'opération furent en quelque sorte classiques et, à la première manœuvre de glissement, la cataracte s'engagea et sortit tout entière, laissant dernière elle une pupille parfaitement noire.

Les suites de l'opération furent régulières; au huitième jour,

(1) Gomès. *Loc. cit.*

(2) Perrin. Bulletin de la Société de chirurgie, 1870, et Gazette des hôpitaux, 8 janvier 1870.

l'œil opéré ne présentait plus qu'une légère conjonctivite et, au quinzième, le malade tout à fait guéri, lisait avec un verre de 2 pouces 1/4 le n° 3 de l'échelle typographique.

Observation XIII (Perrin).

Un officier supérieur en retraite, 65 ans, diabétique depuis vingt-deux ans, vint me montrer une vieille cataracte qui le privait de l'œil droit et dont le point de départ remontait à sept ans.

L'autre œil étant envahi à son tour et ne permettant au malade que de se conduire, le décida à demander l'opération.

L'éclairage latéral me fit voir une cataracte *nucléaire* à noyau large, plat, de couleur acajou et recouvert de masses corticales peu épaisses et d'une teinte grise uniforme.

Le champ visuel n'était pas altéré; l'état général paraît satisfaisant. Le malade a bon appétit, boit peu et rend environ 2000 gr. d'urine par jour; la peau n'est pas sèche, la nutrition paraît excellente: en un point seulement le diabète a marqué sa trace.

Depuis trois ans, en effet, cet officier éprouve de temps en temps des douleurs vives, térébrantes, accompagnées de fourmillements qu'il attribue à un rhumatisme et suivies bientôt de plaques gangreneuses assez larges, mais superficielles, à la plante des pieds. Ces plaques se limitent, forment des eschares qui se détachent et donnent naissance à des ulcères arrondis qui se cicatrisent en quelques mois.

Après une période de rémission les mêmes accidents se reproduisent dans le même ordre et avec la même durée. Ces gangrènes superficielles sont devenues une sorte d'infirmité périodique dont le malade ne se soucie guère, mais à laquelle il faut attribuer la difficulté de la marche qu'il éprouve, car l'état des forces est satisfaisant.

Les urines contiennent 70 grammes de sucre par litre et de plus une grande quantité d'albumine.

Une deuxième analyse, pratiquée quelques jours plus tard, démontra de nouveau la présence simultanée et permanente du sucre et de l'albumine.

Malgré ces conditions défavorables, l'extraction de la cataracte de l'œil droit fut pratiquée par le même procédé. L'opération et les suites furent des plus satisfaisantes, lorsqu'au huitième jour, il se produisit dans la chambre antérieure une suffusion sanguine dont le niveau s'élevait jusqu'au bord de la pupille. L'œil était devenu le siège d'une douleur assez vive, bien que son état parut très satisfaisant.

Que s'était-il passé là ? J'avoue que je l'ignore encore. J'appris seulement que le malade, en enlevant son bandeau peu de temps avant ma visite, s'était légèrement heurté l'œil et avait provoqué une douleur subite. Apparemment, c'est ce froissement brusque qui avait fait saigner l'iris; peut-être aussi l'état du sang a-t-il contribué à produire ce petit épanchement. Quoi qu'il en soit, l'hypohéma en question ne modifia nullement la marche de la guérison qui fut retardée seulement d'une dizaine de jours. Le 20 novembre, il ne restait plus, comme trace de l'opération qu'un peu de conjonctivite, entretenue par quelques groupes de vaisseaux variqueux. La pupille est tout à fait nette et le malade peut lire avec un verre de 2 pouces 1/2 le petit texte d'un journal.

Observation XIV (Perrin).

Dans le courant de novembre, M. Morache, l'un de mes collègues du Val-de-Grâce, me fit l'honneur de m'inviter à voir un de ses malades qui était diabétique et privé de la vision par le développement simultané de deux cataractes. Ce malade, âgé de 43 ans est atteint d'un diabète intense ; son urine renferme 65 gram. de sucre par litre, ce qui fait pour dix litres, moyenne des émissions quotidiennes *le chiffre considérable de* 650 *grammes.*

Il y a de la soif, un appétit insatiable, des sueurs profuses, des douleurs erratiques très vives, et cet état blafard et comme macéré de la peau que l'on observe dans le diabète arrivé à une certaine période.

Les cataractes s'étaient complétées en un mois environ et datent du mois de mars. Vues à l'éclairage oblique, elles paraissaient volumineuses et tout à fait molles. On distinguait encore avec un peu d'attention la texture du cristallin.

Les conditions générales étaient bien mauvaises ; mais encouragé par les deux succès précédents, et certain de ne pas nuire, je pratiquai, le 18 novembre, l'extraction de l'une des deux cataractes par le même procédé. Aux premières manœuvres de glissement, le cristallin s'engagea régulièrement, laissant après lui quelques masses corticales dont l'expulsion fut aisément provoquée par de nouvelles manœuvres. Le noyau de cataracte était volumineux, mou, gélatineux, il se désagrégea complètement par l'agitation dans l'eau donnant naissance à un liquide lactescent qui, soumis par M. Morache aux liqueurs d'épreuve, révéla manifestement la présence du sucre.

Les suites de l'opération furent simples et plus rapides encore que dans les opérations précédentes ; au huitième jour, il ne restait plus qu'une conjonctivite très-légère et au quinzième, l'œil armé du n° 2 1/2 lisait le Premier-Paris d'un journal.

Observation XV (Perrin).

Le 23 décembre, la seconde cataracte du même malade avait fait des progrès. L'opacité, jusqu'alors limitée aux couches périnucléaires, avait envahi les couches corticales, mais sur certains points seulement que l'éclairage faisait voir sous l'aspect de larges plaques grisâtres et chatoyantes.

La rétine avait conservé sa sensibilité.

L'extraction fut pratiquée par le même procédé, sans difficulté, sans complication d'aucune sorte. La forme, la consistance, le volume du noyau ne différaient pas sensiblement de ce que j'avais observé au moment de l'opération précédente ; toutefois il importe de mentionner que l'analyse faite avec soin ne découvrit point de traces de sucre. Cette fois encore les résultats ont été excellents. Aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, il ne reste plus qu'une légère conjonctivite et la pupille est d'une limpidité irréprochable.

Nous avons publié tout au long les cas de M. Perrin, car chacun d'eux présente un intérêt différent.

Dans l'observation XII, nous avons deux cataractes diabétiques vraies, car elles se sont développées en moins de quinze mois et simultanément.

L'observation XIII nous montre un type de cataracte sénile chez un diabétique. Ici en effet la glycosurie ne semble pas avoir eu d'influence bien grande sur le cristallin, l'altération de cette lentille ayant mis sept ans à se développer. Cependant fallait-il en conclure à un pronostic défavorable surtout à cause de la présence de l'albumine dans les urines? M. Lecorché et Sichel fils regardent cet état comme une contre-indication à l'opération. M. Perrin a passé outre et s'il n'a pas eu affaire à une cataracte diabétique vraie, il a opéré un diabétique, sujet périodiquement à des gangrènes superficielles. C'était donc un cas où le pronostic semblait devoir être fatal et où le succès démentit formellement le *noli me tangere* de quelques auteurs.

Les observations XIV et XV sont surtout curieuses par la grande quantité de sucre rendue tous les jours par le malade, par le développement rapide des cataractes et le mauvais état général du futur opéré.

Dans une thèse de 1872 (1), nous trouvons le récit d'une opération de cataracte faite par M. le professeur Gosselin chez un diabétique.

La forme, la consistance, la marche de l'altération cristallinienne d'une part, la légère quantité de sucre et le bon état général du malade de l'autre permettent

(1) Pintaud-Désallées. Essai sur quelques affections générales ou locales susceptibles de compliquer la cataracte. Thèse de Paris, 1872.

d'assurer en effet que la cataracte n'était pas d'origine glycosurique.

Observation XVI (résumée).
(Empruntée à la thèse de M. Pintaud-Désallées).

Cataracte dure de l'œil, compliquée de diabète sucré peu intense, sans rétentissement appréciable sur la santé générale ; incision sclérotico-cornéale à la partie supérieure avec iridectomie ; succès.

X... 40 ans, terrassier, salle Sainte-Vierge, n 28, entré en juin 1870.

Cataracte de l'œil droit. Coloration foncée de cette cataracte qui est petite. Partie nucléolaire du cristallin plus atteinte que les parties corticales.

Santé nullement altérée. Mais sucre en petite quantité dans les urines.

Aucune altération dans les membranes profondes du globe oculaire.

Pas de contre-indication à l'opération. Incision scléro-cornéale supérieure. Iridectomie, issue d'une légère quantité de corps vitré.

Suites régulières et normales. Succès.

« En pratiquant l'iridectomie dans ce cas-ci, M. Gosselin avait eu en vue d'éviter une inflammation si fréquente chez les individus atteints de glycosurie suppurative et de prévenir par la suite un phlegmon oculaire. »

En 1876, M. Abadie, dans son *Traité des maladies des yeux* (1) dit que le pronostic de la cataracte liée au diabète n'est guère plus grave que celui d'une cataracte molle ordinaire et il ajoute : « j'ai opéré deux fois des cataractes diabétiques sans que la cicatrisation ait été enrayée par le moindre accident. »

(1) Abadie. Traité des maladies des yeux, t. I, p. 396.

C'est donc encore deux succès que nous avons à noter.

La même année, M. le Dr Teillais (de Nantes) publiait, dans les Annales d'oculistique (1) une observation très intéressante de cataracte diabétique double avec glucose daus le cristallin.

La double opération réussit parfaitement quoique la malade fût dans de mauvaises conditions de santé.

Observation XVII (résumée) (empruntée au Dr Teillais, de Nantes).
Cataracte diabétique double ; glucose dans le cristallin ; extraction linéaire.

Jeune fille de 23 ans, atteinte de cataracte double et ayant une santé très altérée quand elle vint à la Clinique. Jusqu'à l'âge de 20 ans, robuste. Depuis appêtit constant et exagéré et, malgré cela, maigreur extrême.

Règles supprimées depuis six mois.

Quantité de boissons avalée et d'urine rendue en 24 heures : trois litres assez régulièrement.

La première analyse d'urine donna 96 grammes de sucre pour 1.000. La deuxième, huit jours après, 88 grammes. La troisième qui fut faite quelques jours avant son départ de Nantes, après que la malade eut subi les deux opérations, donna les résultats suivants : odeur normale ; couleur pâle un peu opaline, réaction acide au papier de tournesol. Densité : 1.052 à la température de 19°. La quantité de sucre évaluée par la liqueur de Fehling est de 97 gram. pour 1.000.

La cécité complète avait été précédée de troubles fréquents de la vision qui, pendant deux ans, avaient affecté la malade d'une façon intermittente, mais qui, une fois disparus, avaient laissé chaque fois leux yeux dans leur intégrité.

En octobre 1875, la vision fut abolie dans *l'espace de trois se-*

(1) Teillais. Ann, d'oculist., 1876.

maines, au point que la malade ne distinguait plus le jour de la nuit.

Chose remarquable, au mois de janvier suivant, pendant une quinzaine de jours, prétend-elle, il s'opéra une amélioration assez grande pour lui permettre de reconnaître les objets qui l'entouraient et même leur couleur.

Après cela sans d'autres alternatives, elle redevint aveugle. Les cataractes avaient l'aspect blanc laiteux comme celles de la consistance molle.

Je m'assurai, dit M. Teillais, par un examen préalable de l'état des membranes profondes de l'œil, puis, sans me faire d'illusion sur la gravité du pronostic d'un semblable diabète et *sans ignorer qu'un léger traumatisme peut déterminer dans ce cas une mortification*, je souscrivis au désir de la malade qui demandait instamment à être opérée.

22 mai. Opération : œil droit ; extraction linéaire. Deux jours après, les deux lèvres de la plaie étaient parfaitement agglutinées.

2 juin. Opération : œil gauche, même procédé. Cinq jours auparavant M. Teillais avait fait subir à cet œil un autre traumatisme : voulant connaître la constitution chimique de l'humeur aqueuse, il avait fait la paracentèse de la chambre antérieure. La malade n'en quitta pas moins son lit le 7 juin et la guérison s'acheva sans entrave.

Les cataractes étaient corticales et demi-molles.

La présence de glucose fut reconnue dans le cristallin.

Après trois mois, vision satisfaisante des deux côtés. L'acuité peut être ainsi estimée : S. — 2/3.

Deux succès.

En 1877, Sichel fils adresse une lettre à M. Dujardin-Beaumetz publiée dans le Bulletin général de Thérapeutique, où il dit que le diabète n'est pas une contre-indication à l'opération de la cataracte. Et il cite à l'appui deux opérations qu'il a faites avec succès, l'une en 1867, sur un jeune homme diabétique, rendant

20 gramm. de sucre pour 1.000 gramm. d'urine ; l'autre en 1869, sur un vieillard de 65 ans, également diabétique.

En outre, il donne une observation détaillée d'une extraction de cataracte diabétique double qu'il a faite en 1876.

Observation XVIII (résumée) (empruntée à Sichel fils).

Opération de cataracte pratiquée avec succès sur les deux yeux et dans la même séance chez un diabétique; énorme quantité de sucre; guérison.

M. P... âgé de 58 ans, vint consulter pour un affaiblissement progressif de la vue dont le début remonte à trois ans. Cataracte double.

M. P... est glycosurique depuis un an. Dans les six premiers mois de sa maladie, amaigrissement considérable. Arrêt de l'émaciation pendant une saison à Vichy. A l'arrivée à Vichy 24 gram. de sucre pour 1.000; au départ 11 gram. pour 1.000. Régime antidiabétique.

Perception visuelle conservée. Le malade distingue difficilement l'heure à une montre dont les chiffres du cadran et les aiguilles sont fort gros.

Analyse des urines : 26 grammes de glucose pour 1.000. Pronostic réservé.

17 octobre 1876. Opération des deux yeux dans la même séance. Le procédé de Graefe est légèrement modifié. *La position de la section est entièrement dans la cornée à sa limite supérieure, sauf pour ses deux extrémités qui sont placées dans le limbe scléro-cornée.*

Pendant l'opération, épanchement de sang dans la chambre antérieure, on l'expulse, mais à plusieurs reprises il se reproduit et enfin quand il ne reparaît plus on met un bandage contentif. Le malade est reconduit au lit et placé dans le décubitus dorsal.

(1) A. Sichel. Bulletin général de thérapeutique, t. LXXXXIV, 1877.

3 gram. d'hydrate de chloral et une injection d'un centigr. de sulfate de morphine.

Le 18. Nuit bonne. Chambre antérieure reformée, mais au moment où on instille de l'atropine, la chambre antérieure s'efface des deux côtés. On replace le bandage et on ordonne le décubitus dorsal.

Le 19. Analyse des urines : sucre, 78 gram. pour 1.000, pas de chambre antérieure. Le malade ne pouvant rester couché sur le dos est levé et placé toute la journée dans un fauteuil.

Le 20. Pas de chambres antérieures. 48 heures consécutives de bandage.

Le 22. Les chambres antérieures ne se sont pas reformées.

Le 23. Elles commencent à se rétablir. Le bandage est maintenu pendant 48 heures.

Le 25. Les chambres antérieures sont en partie reproduites. Maintien du bandage pendant 48 heures.

Le 27. Chambres antérieures normales. Mais le malade, ébloui par la lumière d'une bougie, cligne fortement le yeux et les deux chambres antérieures s'effacent immédiatement. Bandage franchement compressif.

Le 28. Chambres antèrieures normales. — Pansement. — Atropine.

Le 30. Bandage supprimé pendant le jour, remis pendant la nuit.

Le 31. Un peu d'hyperhémie et de catarrhe de la conjonctive. Lotions à l'extérieur avec acétate de plomb. Atropine toutes les deux heures.

Le 3 novembre. Pupilles noires régulières.

Pendant son séjour à la clinique, le malade a suivi un régime antidiabétique. Le dernier jour, 105 gram. de sucre pour 1.000 gr. d'urine.

Après le départ du malade, recrudescence du diabète. Il revient le 2 janvier 1877.

Acuité 6|18 œil droit, et 5|36 œil gauche. Membrane capsulaire dans chaque pupille.

3 janvier. Sichel fend la membrane capsulaire des deux côtés avec son iridotome. Dix minutes après l'opération :

A = 6|12 œil droit et 6|18 œil gauche.

Le 5.A — 6|9 de loin avec un verre correcteur de 10 D. positives pour les deux yeux, De près, le malade lit couramment le n° 1 des échelles de Jaeger à 21 centim. de distance avec un verre de 16 D. positives.

Deux succès.

Cette observation relate un phénomène assez important : l'effacement plusieurs fois répété des chambres antérieures c'est-à-dire l'éclatement multiple des cicatrices en voie de formation. Si le diabète véritablement agissait sur les opérations de cataracte, nous aurions dû voir ici une mortification des cornées et la fonte purulente des deux globes oculaires, surtout que le traumatisme opératoire avait eu lieu sur les deux yeux dans la même séance.

M. Sichel dit que, depuis, il a encore opéré une cataracte glycosurique et avec succès. La guérison a été complète au bout de dix jours.

M. le Dr Armaignac (de Bordeaux) opéra, la même année, à la clinique de M. Coursserant une cataracte également diabétique. Douze jours après l'opération, la malade avait 2|3 d'acuité (1).

En 1878, M. le Dr Dor (de Lyon) publie un mémoire sur la *cataracte chez les diathesiques*. (2) Pour lui le pronostic opératoire n'est pas mauvais. Il fait une distinction entre le diabète chez ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge de 25 ans et le diabète chez les adultes. Grave chez les premiers, moins grave chez les seconds. Quand la diathèse est compliquée de cataracte, il semble

(1) Coursserant. Journal d'ophthalmologie, 1878.
(2) Dor. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1878.

que l'opération devrait être dangereuse chez les jeunes sujets. M. Dor affirme le contraire; les suites opératoires sont bonnes dans l'un et l'autre cas. Ensuite il fait une statistique des opérations de caracte diabétique qu'il a pratiquées. Sur 13, il a eu 11 succès et 2 insuccès. Il conseille comme manuel opératoire l'extraction sclérale à très petit lambeau avec iridectomie, se rapprochant autant que possible de l'extraction linéaire de de Graefe. Enfin M. Dor termine son travail par quelques mots sur la cataracte due au diabète phosphaté, qui, d'après MM. Teissier fils et Gayet, de Lyon, serait funeste au point de vue opératoire, et qui, d'après lui, ne comporte pas un pronostic aussi défavorable.

En 1878, M. Coursserant publia une observation prise dans le service de M. le professeur Trélat. Nous la donnerons ici tout entière à cause des difficultés opératoires qui se sont présentées.

Observation XIX (Coursserant) (1).

Cataracte diabétique double ; extraction linéaire combinée avec iridectomie; succès : œil droit; insuccès : œil gauche.

X..., âgée de 53 ans, entre à la Charité au mois de novembre 1876. Il y a un an, elle a remarqué quelques troubles dans sa vue : mouches fixes, difficulté de se conduire au grand soleil. Dans l'espace d'une année, ces troubles ont augmenté avec une extrême rapidité et, aujourd'hui, elle est dans l'impossibilité absolue de distinguer même les plus gros objets. Les perceptions lumineuses sont conservées; la malade a de plus, des deux côtés, une projection parfaite. Les membranes profondes ne sont donc pas atteintes.

(1) Coursserant. Journal d'ophthalmologie, 1878.

En examinant la malade, il n'est pas difficile de voir qu'elle offre un état d'amaigrissement assez considérable; de plus, la peau du visage est plus ridée, plus sèche que ne l'est ordinairement celle des gens de la campagne et de son âge. En la questionnant, on apprend que l'hiver dernier elle a gardé le lit plusieurs jours pour une série de clous, d'abcès developpés sur les membres inférieurs, le tronc et les bras. De plus, elle accuse une grande sécheresse de la bouche, une soif souvent ardente. Tout cela devait faire penser à l'examen des urines qui démontra 61 grammes de sucre par litre. Et comme la malade, fort indocile, très nerveuse, supportait très mal le plus léger contact d'instruments appliqués sur le globe oculaire, on devait s'attendre, pendant l'opération, à une résistance fâcheuse. Malgré toutes ces conditions désavantageuses, en présence de la cécité absolue, M. Trélat offre l'opération. Elle est pratiquée à droite, le 30 novembre 1876. Contre son habitude, et pour les raisons exposées plus haut, M. Trélat administra le chloroforme.

Aussitôt la ponction et la contre-ponction exécutées, l'humeur aqueuse s'échappe totalement; la cornée s'affaisse, se ride, se plisse, rendant ainsi l'achèvement de la section difficile.

L'excision de l'iris large, permet une cystitomie très étendue. Mais au moment de l'expulsion du cristallin, opéré à l'aide de deux curettes, on se trouve en présence de nouvelles difficultés. Le volume énorme de la lentille, la liquéfaction notable du corps vitré rendent dangereuses, au premier chef, les manœuvres de pression exigées pour la sortie du cristallin. On attend la formation d'une certaine quantité d'humeur aqueuse pour déplisser cette cornée et on recommence les manœuvres de pression sur les deux lèvres de la plaie, suivies cette fois d'une expulsion en masse du cristallin. Celui-ci examiné aussitôt est intact. Il ne doit donc rester dans la chambre antérieure que de petits débris. Ceux-ci sont évacués sans trop de difficultés. La cornée conserve toujours son aspect affaissé et plissé. Cet inconvénient sérieux rend plus difficile la coaptation des deux lèvres de la plaie cornéenne. On attend une nouvelle production d'humeur aqueuse, on place le pansement et on reconduit la malade dans la salle.

La journée se passe très bien ; pas de vomissements, un sommeil tranquille. Nuit très bonne. Le lendemain, à la visite,

M. Trélat enlève le premier pansement, et quel ne fut pas l'étonnement des assistants en observant une cicatrisation complète de la plaie, une limpidité absolue de la chambre antérieure et une netteté admirable de la nouvelle pupille, un poli parfait de la membrane cornéenne. Pas de douleurs périorbitaires, pas d'exagération de la sécrétion lacrymo-conjonctivale. La malade distingue admirablement tous les objets. Cet examen n'est pas prolongé et un nouvel appareil contentif est posé. Cette rapidité dans la cicatrisation ne fut pas sans donner quelques craintes. Si une faible poussée d'iritis survenait, comme on pouvait le supposer après les froissements répétés de la membrane iridienne, la sortie salutaire, dans ce cas, de l'humeur aqueuse si rapidement enrayée ne serait-elle pas une cause d'aggravation de l'inflammation du tractus uvéal. Il n'en fut rien. La journée et la nuit furent calmes, les douleurs nulles. Le lendemain, l'œil s'offrait dans le même état; seulement, à la partie supéro-externe de la pupille, on pouvait distinguer un débris capsulaire caché en partie par le bord de l'iris.

Deux jours après la malade était guérie. L'acuité, mesurée un mois après l'opération, était égale à 1 et notre maître, M. Trélat, pouvait dire, dans une de ses cliniques que « c'était là un des plus beaux résultats opératoires qu'il ait observés dans sa pratique. »

Huit jours après, opération de l'œil gauche. Eclairé par les difficultés de la première, on taille une plaie assez large pour offrir une grande facilité de sortie au cristallin. Mêmes accidents qu'au premier œil : sortie de l'humeur aqueuse, plissement et aplatissement de la cornée, issue du cristallin moins pénible; pas de débris. Mêmes précautions opératoires. La journée et la nuit sont bonnes.

On lève les pansements à la visite du matin. Chémosis des paupières et chémosis conjonctival péricornéen. Aspect gris terne de la cornée et des lèvres de la plaie, nuage pupillaire, un peu de pus dans la chambre antérieure.

Atropine, calomel, compresses chaudes. Le soir, aggravation des phénomènes. Dès le lendemain, quoique la malade n'ait pas souffert un instant, violente poussée d'irido-choroïdite. L'œil est perdu. Pendant toute cette courte période grave, l'œil droit n'est

pas influencé, malgré toutes les craintes qu'on peut concevoir. La malade n'a pas conscience du mauvais résultat de cette seconde opération, elle est calme, sans fièvre.

Lorsque les accidents de destruction de l'organe, accidents aidés par un traitement approprié (cataplasme, etc.) ont cessé, la malade quitte l'hôpital avec un moignon non douloureux à gauche et une acuité parfaite de l'œil droit.

M. Coursserant dit qu'on peut invoquer pour expliquer la cause de cet insuccès, l'apparition d'accidents généraux dus au réveil de la diathèse, car il n'y pas eu le plus léger mouvement fébrile. Il est tout disposé à croire que le mauvais résultat de cette seconde opération est peut-être dû au faible intervalle de jours qu'il y a eu entre la première et la deuxième extraction. Selon nous, il faudrait également tenir compte du milieu dans lequel se trouvait la malade. On sait en effet que les opérations réussissent mieux en ville que dans une salle d'hopital où l'air est vicié par les germes septicémiques qui s'échappent des plaies des autres opérés.

En 1878 également, M. de Wecker écrivait (1) : « Le diabète n'entraîne aucune influence sur la marche de l'opération. Parmi nos malades, se trouve actuellement un homme de 56 ans, opéré d'une cataracte en apparence sénile et de forme ordinaire chez lequel la guérison a marché avec une très grande rapidité ; néanmoins ce malade élimine, par ses urines très abondantes, l'énorme quantité de 217 grammes de glucose par jour... Je puis citer l'exemple d'un pasteur protestant, bien connu à Paris qui, à deux reprises, en subis-

(1) De Wecker. Thérapeutique oculaire, 1re partie, p. 446-447.

sant à la clinique l'opération de la cataracte sur chaque œil, suivit une diète propre à combattre le diabète dont il était affecté. Il y a près de dix ans que la première de ces opérations a été faite et notre malade se félicite encore chaque jour de l'excellent résultat que lui a donné sa double extraction. »

En 1879, M. le docteur Thomas (de Tours) communiquait à la Société de chirurgie (1) une observation de cataracte diabétique intéressante, car, lorsqu'il fit l'opération, la malade était excessivement affaiblie. Du reste, nous allons la résumer.

Observation XX (résumée) (empruntée au Dr Thomas, de Tours).

Cataracte diabétique ; opération ; mort le huitième jour après l'opération.

La nommée Doré, âgée de 57 ans. Cataracte double. Début il y a trois ans. Depuis quelques années, santé profondément altérée. Amaigrissement et affaiblissement très prononcés. Soif incessante, sucre dans les urines.

Devant l'insistance de la malade, opération d'un œil le 8 janvier 1878. Procédé de l'extraction linéaire modifiée.

« L'opération est exécutée régulièrement, la pupille est parfaitement nette, mais la cornée reste flétrie, l'humeur aqueuse ne se reproduit pas. Après quelques minutes d'attente, j'applique le bandeau compressif, sans que la cornée ait repris sa courbure normale.

« Les suites de cette opération furent extrêmement simples. Le quatrième jour, la cicatrisation de la cornée était complète, il n'existait pas la moindre trace d'injection conjonctivale même à la partie supérieure, au voisinage de l'incision. La pupille était d'une netteté parfaite et la vision bonne. Je supprime le bandeau et la malade, munie de lunettes bleues, se promène dans sa chambre et reste levée toute la journee. »

(1) Thomas. Bulletins de la Société de chirurgie, 19 février 1879.

Les jours suivants, impatience, agitation. Elle répand une odeur comparée à celle du chloroforme et si pénétrante qu'elle envahit l'escalier qui conduit à sa chambre.

Le 8e jour, 16 janvier, elle meurt.

M. Thomas conclut, après cette observation, qu'on peut toujours opérer des cataractes diabétiques, car sa malade était arrivée au dernier degré du diabète et cependant l'opération avait bien réussi.

Quant à la mort qui a suivi cette opération « il est permis, dit-il, d'y rapporter les accidents qui ont entraîné la mort ; mais il convient d'ajouter qu'elle a agi non par le traumatisme qu'elle a provoqué, mais simplement par l'anxiété et l'émotion dont elle a été cause. »

Dans la Revue d'Hayem nous trouvons également un cas où la mort est survenue huit jours après l'opération.

Observation XXI.

Cataracte diabétique double ; extraction dans la même séance par Schmidt-Rimpler ; succès : œil droit ; suppuration : œil gauche ; mort huit jours après l'opération.

Jeune fille qui, à l'âge de 11 ans eut une fièvre typhoïde. Un an plus tard se montrèrent les symptômes de diabète.

A l'âge de 15 ans, cataracte double. Extraction, dans une même séance, des deux cataractes qui avaient une forme aplatie, discoïde, divisée en secteurs. Pas trace de sucre dans les cristallins.

L'œil droit guérit bien, l'autre devint le siège d'une suppuration circonscrite.

La malade succomba huit jours après l'opération.

A l'autopsie, aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le corps

vitré droit contenait du sucre ; l'urine en renfermait 2 gr. 6 p. 100 et en outre 12 p. 100 d'albumine.

Les deux observations précédentes sembleraient confirmer l'opinion de ceux qui prétendent que la cataracte diabétique est le signe d'une mort certaine et prochaine. Et partant de cette idée, quelques médecins ont même dit qu'il était inutile de faire courir aux malades les dangers d'une opération. C'est là, selon nous, commettre une faute.

Combien de malades, en effet, ont vécu encore plusieurs mois et même des années après avoir recouvré la vision ! Et chez les sujets diabétiques au-dessous de 25 ans, où le pronostic *quoad vitam* est très mauvais. Combien y en a-t-il dont le sort a été amélioré après l'extraction de leurs cataractes ! Ainsi Dor cite l'exemple d'une jeune fille de 14 ans qu'il a opérée des deux yeux avec succès et qui a pu jouir de sa vue encore pendant neuf mois au bout desquels elle est morte (1). Les observations VI et XVII sont également en faveur de la thèse que nous soutenons. Aussi dirons-nous que même chez les jeunes sujets, il ne faut pas laisser passer les bénéfices d'une opération. « En rendant la vue à ces infortunés dont l'existence est encore tolérable et qui peuvent s'illusionner sur leur position, on adoucit les derniers moments d'une existence précaire, qu'on prolonge parfois utilement en diminuant cette mélancolie profonde qui n'est certainement pas indifférente aux progrès du diabète (2). »

(1) Dor. *Loc. cit.*
(2) Lecorché. Ibid.

Dans les Annali di Ottalmologia Quaglino, 1878, M. le Dr Rava présente une observation de cataracte diabétique double qu'il a opérée chez un malade arrivé au dernier degré du marasme. L'opération a été pratiquée sur les deux yeux, dans la même séance, par le procédé de de Graefe et en huit jours la guérison était complète.

Dans sa thèse, Kwiatkowski (1) rapporte deux observations prises à la clinique de M. Galezowski. Nous les résumerons ici à cause de l'intérêt qu'elles présentent chacune à un point de vue différent.

Observation XXII (résumée) (empruntée à la thèse de Kwiatkowski).

M. G..., 63 ans, diabétique depuis 15 ans, cataracte double, demi-molle à gauche. Grande quantité de sucre dans les urines. Extraction le 10 septembre 1878. Opération régulière. Le malade compte les doigts. Le lendemain plaie coaptée ; le troisième jour, cicatrisée : on enlève le bandeau compressif. Dix-sept jours après l'opération, lunettes au malade qui lit couramment le n° 2 de l'échelle typographique.

Jusqu'au mois de décembre, bonne vision. A partir de cette époque, vision moins distincte et bientôt impossible de lire. Rien dans les membranes profondes de l'œil. Opacité secondaire occupant environ la moitié de la pupille. Discision de la capsule qui éclaircit la vue, mais pour quelque temps seulement, car le 2 avril M. G... revient à la clinique distinguant seulement les gros objets. On constate alors une rétinite apoplectique glycosurique. Multitude de taches hémorrhagiques autour de la papille et du côté de la macula tout le long des vaisseaux. Examen des urines ce jour-là : quantité assez considérable de sucre et en même temps masse d'albumine.

(1) Kwiatkowski. Etude générale sur les affections oculaires diabétiques. Thèse de Paris, 1879.

La cataracte étant complète à droite et les phénomènes existant très bien dans cet œil, on pratique l'extraction. Trois jours après le malade est dans le meilleur état possible.

Observation XXIII (résumée) (empruntée à la thèse de Kwiatkowski).

P..., 49 ans, homme de forte taille, un peu obèse. Diabétique depuis 10 ans. Plusieurs saisons à Vichy, après chaque saison, diminution du sucre dans les urines. Depuis quatre ans, affaiblissement progressif de la vue. Le 3 septembre 1878, on constate une cataracte double : complète à gauche, très avancée à droite. La cataracte est demi-molle, avec un noyau assez volumineux.

Extraction le 5 septembre. Analyse des urines : quantité considérable de sucre. Chloroformisation sur la demande du malade. On fait un lambeau supérieur. A peine le couteau est-il retiré que le malade est pris d'une contraction violente, fait sauter le blépharostat. Le cristallin sort avec violence et en même temps une partie du corps vitré qui est un peu liquéfié. On tente plusieurs fois l'iridectomie ; mais à chaque tentative, il se produit une nouvelle issue du corps vitré. On doit y renoncer. On fait des instillations d'ésérine. Le lendemain, iris légèrement enclavé dans la plaie ; inflammation peu intense, pupille très nette, instillations d'ésérine. Les jours suivants, tout se passe régulièrement, mais cicatrisation lente et difficile à cause de l'interposition de l'iris entre les lèvres de la plaie. Compression pendant douze jours encore. Le 20e jour, cicatrisation complète ; la hernie de l'iris est à peine appréciable ; le malade voit parfaitement.

La première de ces deux observations est intéressante par suite du processus morbide qui s'est développé dans l'organe de la vision : cataracte d'abord, rétinite glycosurique ensuite. Néanmoins, l'opération a réussi.

La seconde nous offre encore un cas remarquable de difficultés opératoires. Et cependant, malgré la forte

contusion de l'iris, malgré sa hernie et l'issue d'une partie du corps vitré, le malade a pu quitter la clinique avec une vision parfaite.

Nous trouvons dans les Bulletins de la Société de chirurgie une observation de cataracte chez un diabétique. Liebreich qui fit les deux opérations eut un insuccès visuel sur un œil, un succès sur l'autre.

Observation XXIV (résumée) (communiquée par M. Burq).

Homme de 72 ans, diabétique depuis dix ans, cataracte double développée en l'espace de quatre ou cinq années. Aucun traitement général suivi jusque-là. Extraction avec iridectomie : œil gauche. Plaie de la cornée lente à se cicatriser. Développement de cataracte secondaire. Sucre dans les urines : 35 à 40 grammes par litre.

Deux ans plus tard, en 1867, le malade, qui avait suivi un régime antidiabétique, se fait opérer de l'œil droit. Extraction sans iridectomie. Résultat heureux. Quelques semaines après, le malade pouvait lire avec des verres. Il ne mourut qu'à l'âge de 85 ans.

Nous devons à l'obligeance de M. Abadie les deux observations qui vont suivre. Qu'il nous soit permis de le remercier ici pour sa bienveillance à notre égard.

Observation XXV (inédite) (communiquée par M. Abadie).

Femme, âgée de 28 ans, traitée depuis plusieurs mois par M. le professeur Bouchard pour un diabète.

Il s'est développé chez elle des cataractes à marche assez lente, complètes depuis deux mois environ quand je la vis. Malgré un régime sévère et un traitement rigoureux, les urines contenaient

encore une grande quantité de sucre; mais, comme la malade ne voyait plus à se conduire et qu'elle se tourmentait beaucoup de son état, je n'hésitai pas à faire l'opération. Les deux yeux furent opérés à huit jours d'intervalle. Tout marcha bien, la guérison ne fut entravée par aucun accident. L'acuité visuelle fut excellente, et l'on put voir, après guérison complète, que les membranes profondes étaient intactes.

Mais l'état général devint de plus en plus mauvais, et la malade mourut au bout de six mois environ.

Observation XXVI (inédite) (communiquée par M. Abadie).

Homme, 54 ans, tuberculeux, avec cavernes pulmonaires aux sommets. 12 grammes de sucre par litre. Pour son état général, il avait déjà passé plusieurs saisons à Vichy, sur les conseils de M. Lecorché. Cataracte : œil gauche. Quand je vis le malade, il était très affaibli, mais comme il était désespéré de sa situation d'aveugle, il voulut qu'on tentât l'opération. L'opération était d'autant plus à craindre que l'œil droit avait été atteint d'une irido-choroïdite glaucomateuse, et que cet œil était perdu. De plus, le malade ne cessait de tousser nuit et jour.

Néanmoins, je fis l'opération à gauche. Extraction linéaire combinée avec iridectomie.

Pendant les huit premiers jours, aucun accident particulier à signaler; mais, vers le huitième jour, la chambre antérieure s'effaça. L'état général devint si mauvais que M. Lecorché vint le voir et lui donna un régime à suivre.

Pendant neuf jours environ, la chambre antérieure ne se reforma pas, malgré l'application d'un bandeau compressif. Vers le vingtième jour, tout marcha bien, le malade put quitter Paris avec une vision égale à demie. Après guérison complète, la chambre antérieure ne fut jamais aussi profonde qu'à l'état normal.

M. Abadie nous a dit avoir opéré quatre autres cataractes diabétiques avec succès. Mais les observations n'ont pas été prises.

Les deux observations qui vont suivre devaient être publiées avec plus de détails par un élève de M. Coursserant ; mais le manuscrit ayant été perdu, nous avons dû nous en rapporter aux seules notes trouvées sur le livre de la clinique. Malgré leur concision, il nous a paru intéressant de les publier : l'une à cause de l'érythème phéniqué dû au pansement et des phosphates éliminés, l'autre à cause de l'indocilité de la malade pendant l'opération. Chez les deux malades les résultats ont été excellents.

Observation XXVII (inédite).

Cataracte diabétique double ; opération ; succès ; phosphates dans les urines.

M. C..., âgé de 43 ans, boulanger dans le département de l'Eure, vient consulter M. Coursserant en novembre 1879. Il y a six mois que le malade a constaté un trouble dans sa vision : il lui semblait voir les objets comme à travers une mousseline épaisse et les lumières lui apparaissaient comme des globes de feu. Aujourd'hui, il ne peut plus se conduire seul.

On constate une cataracte double complète à noyau bien dessiné et bien formé et à masses corticales épaisses. La chambre antérieure n'est pas très profonde; l'iris bombe légèrement en avant : pourtant, il n'existe pas d'augmentation de la tension ; les pupilles sont normales et régulièrement contractiles; la perception et la projection sont bonnes.

La profession exercée par le malade pouvait expliquer la rapide formation de ces deux cataractes ; mais n'y avait-il pas là une autre cause à chercher ?

Les urines examinées, contenaient 18 grammes de sucre par litre, plus une grande quantité de phosphates. En vingt-quatre heures le malade éliminait environ 40 grammes de sucre. Le diabète, dont il était affecté, ne s'était manifesté autrement que par une exagération de la soif et un léger eczéma de la jambe droite.

L'opération est pratiquée à droite : extraction linéaire modifiée avec iridectomie. Tous les temps furent réguliers, malgré l'indocilité absolue du malade qui était atteint d'un tremblement général de tous les membres occasionné par la peur de l'opération. Pansement antiseptique phéniqué.

Le soir, le malade est calme, et il repose bien la nuit.

Le lendemain, on lève le pansement et on constate un érythème de la région oculaire et périorbitaire.

La paupière supérieure tuméfiée couvre absolument le globe oculaire et retombe devant lui comme un voile épais. Pas de sécrétion conjonctivale. Pansement sec; poudre d'amidon. Un léger purgatif salin.

Le soir du second jour, même état; pas de douleurs.

Le troisième jour, possibilité de voir la partie inférieure de la cornée; chambre antérieure rétablie.

A dater de ce jour, l'érythème phéniqué disparaît vite et, huit jours après, la guérison était complète et le résultat visuel parfait.

Deux mois après, le malade venait chercher des lunettes et subissait l'opération du côté gauche. Instruit par l'expérience de la première, M. Coursserant appliqua un pansement sec et, sept jours après, l'opéré quittait la clinique. La partie supérieure de la nouvelle pupille était encore louche à cause de la rétention de quelques masses et du lambeau capsulaire qui n'avait pu être extrait par les pinces.

Le résultat visuel, constaté à un nouveau voyage du malade, fut très satisfaisant.

Observation XXVIII (inédite).

Cataracte chez une diabétique ; opération ; succès.

En 1880, au mois de septembre, M. Coursserant opérait de la cataracte (œil droit) Mme D..., âgée de 67 ans (Côte-d'Or). Cette dame était diabétique depuis dix ans, mais elle ne rendait pas plus de 10 à 12 grammes de sucre par jour.

Du reste, elle n'était nullement incommodée par son diabète, quoiqu'elle n'eût jamais voulu suivre de régime.

L'opération fut des plus difficiles à cause de l'indocilité de la malade, qui contractait fortement les paupières. L'écarteur dut être retiré au moment de la kystitomie. Pendant l'expulsion du cristallin, il se produisit une légère issue du corps vitré. Aussi, pour parer à cet accident, on fit un pansement antiseptique assez fortement serré, pansement qui ne fut renouvelé que quarante-huit heures après l'opération. On remarqua alors un peu de trouble de la cornée dû au plissement de l'épithélium de cette membrane qui avait été le siège de frictions de la curette au moment de l'expulsion de la cataracte.

Le quatrième jour, la cicatrisation était absolue.

Le dixième, la malade faisait sa première sortie.

Et deux mois après, elle voyait très bien l'heure à une petite montre, avec ses lunettes. Comme elle ne savait pas lire, il ne fut pas possible de prendre exactement l'acuité.

Au bout de deux ans, elle mourait d'une attaque d'apoplexie.

En 1881, nous-même avons publié une observation dans la Gazette des Hôpitaux (1).

Observation XXIX.

Cataracte diabétique incomplète; iridectomie préventive; succès.

Mme B..., âgée de 60 ans, demeurant à Pacy-sur-Eure, vient consulter à la clinique de M. Coursserant, le 24 septembre 1881. Elle se plaint que, depuis six mois, sa vision du côté gauche diminue; il lui semble avoir devant l'œil un brouillard qui, de jour en jour, augmente d'épaisseur. En outre, cette malade nous dit qu'elle est diabétique depuis quinze ans.

On examine l'œil, et l'éclairage oblique nous montre qu'il y a des opacités au centre du cristallin, tandis que la partie périphérique n'est pas encore envahie. Nous sommes donc en présence d'une cataracte centrale, demi-molle. Vu l'état général de la malade, il était important d'examiner le fond de l'œil à cause des ré-

(1) Gazette des hôpitaux, n° 149, 27 décembre 1881.

tinites et des hémorrhagies qui se présentent souvent chez les individus atteints de cette diathèse. L'examen, à l'image renversée, ne décèle aucune lésion des membranes profondes. Du reste, l'acuité centrale, le champ visuel et la projection rétinienne sont normales et viennent par conséquent confirmer le diagnostic fait à l'aide du miroir.

L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Densité.	1033
Sucre.	49 gr. 63 par litre.
Urée.	15 gr. 13 —

Mme B..., rendant environ deux litres d'urine par vingt-quatre heures, élimine donc de 80 à 90 grammes de sucre dans le même temps.

Malgré cet état général assez défectueux, M. Coursserant décide de faire une iridectomie préventive, et cela pour deux raisons : 1° cette première opération permettra peut-être à la malade de voir, quelques mois encore, par la périphérie de son cristallin ; 2° elle montrera comment sera supporté le traumatisme chirurgical, condition importante pour l'avenir quand il s'agira d'enlever la cataracte alors arrivée à son entier développement.

L'iridectomie est faite le 26 septembre, à la partie supérieure de la cornée. Aucun épanchement sanguin ne se produit dans la chambre antérieure. On applique un pansement antiseptique sur l'œil (protective, lint imbibés de salicol Dusaule, gâteau de charpie sèche, bande de flanelle).

Le lendemain, le pansement est renouvelé. Aucune trace de pus. La chambre antérieure est reformée et la cicatrisation de la plaie est presque complète.

28 septembre. Aujourd'hui, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, la plaie est entièrement cicatrisée.

Le 30. Mme B... quitte la clinique, distinguant parfaitement les objets par la périphérie de son cristallin.

Nous avons publié la seconde partie de l'opération dans le même journal, en 1882 (1).

(1) Gazette des hôpitaux, n° 97, 24 août 1882.

Observation XXX.

Cataracte diabétique ; opération ; succès.

Mme B..., de Pacy-sur-Eure, revient à la clinique le 18 avril 1882. L'opacification du cristallin est complète. La projection rétinienne est normale ; la malade distingue nettement le jour de la nuit et, dans la chambre noire, elle perçoit assez nettement la flamme d'une lampe qu'on place dans différentes positions, l'œil restant fixe. L'examen des urines montre que la quantité de sucre est considérable.

Le lendemain, 19 avril, M. Coursserant pratique l'extraction de la cataracte. Le cristallin sort facilement ; mais il n'en est pas de même des débris capsulaires, la partie externe de la plaie ayant donné lieu à un épanchement sanguin dans la chambre antérieure.

On instille deux gouttes d'un collyre à l'ésérine : eau distillée, 30 grammes ; sulfate neutre d'ésérine, 10 centigr., puis on fait un pansement antiseptique avec le salicol.

A partir de ce moment, les urines sont recueillies pendant vingt-quatre heures ; la quantité est de deux litres ; nous les faisons analyser et le résultat est de 42 grammes 50 de sucre par litre.

Le 20. Le pansement est renouvelé. Aucune trace de pus ou de muco-pus sur les linges. La chambre antérieure n'est pas encore reformée, car la cicatrisation n'est commencée qu'en deux points. L'épanchement sanguin est résorbé en grande partie, ce qui permet de voir nettement les débris capsulaires. On instille deux gouttes de collyre à l'ésérine et on réapplique un pansement antiseptique.

Le 21, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, quand on lève le second pansement, il se produit une petite hémorrhagie dans la chambre antérieure, qui tranche par sa couleur rutilante sur celle du sang épanché l'avant-veille. La cicatrisation, quoique incomplète, est cependant plus avancée qu'hier. La malade compte facilement les doigts. Pansement antiseptique.

Le 22, par conséquent le troisième jour, la cicatrisation est com-

plète pour la lèvre interne de la plaie ; la chambre antérieure est reformée ; le sang épanché la veille est presque entièrement disparu. Il existe bien une toile capsulaire, mais celle-ci n'occupe que la moitié du champ pupillaire. Après avoir instillé quatre gouttes d'un collyre à l'atropine, on refait un pansement antiseptique.

Le 23, quatrième jour, quatre gouttes d'atropine et pansement. Le malade compte très bien les doigts.

Nous avons fait de nouveau recueillir les urines de vingt-quatre heures et nous les portons à M. le Dr Henninger, professeur agrégé. Nous le prions en même temps de rechercher s'il y a du sucre dans le cristallin. Voici la note qu'il nous a remise :

Quantité par vingt-quatre heures : 1970 cc.

Réaction faiblement acide.

Densité : = 1037.

Glucose : 56 gr. 5 par litre, ce qui fait 110 gr. 3 par vingt-quatre heures.

Pas d'autres éléments anormaux.

Dans le cristallin, il n'a pas été possible de déceler avec certitude la présence de la glucose.

Le 24, cinquième jour, plus de sang dans la chambre antérieure. Même traitement.

Le sixième jour, la lèvre externe de la plaie est cicatrisée. La toile est un peu moins grande. On laisse l'œil débandé.

Le 26, c'est-à-dire sept jours après l'opération, la malade quitte la clinique avec une vision très satisfaisante.

Notre maître, M. Coursserant, en 1881 (1), publia une observation très intéressante de glaucome au point de vue opératoire chez un cardio-diabétique. Qu'il nous soit permis de la rapporter ici, car elle montrera les antécédents du malade, les traumatismes qu'on lui a fait subir avant l'opération de la cataracte qui fut pra-

(1) Journal des Connaissances médicales, 6 oct. 1881, n° 40.

tiquée plus tard, opération dont nous-même avons relevé les détails.

Observation XXXI (Coursserant).

Glaucome hémorrhagique chez un cardio-diabétique ; iridectomie, énucléation ; succès.

Dans les premiers jours de février 1881, j'étais appelé en consultation par mon distingué confrère et ami, M. le Dr Campenon, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, auprès d'un de ses malades, M. B..., âgé de 67 ans, atteint d'un glaucome hémorrhagique suraigu de l'œil gauche. L'attaque brusque, presque foudroyante, remontait à douze jours environ. Sang dans la chambre antérieure effacée, épanchements apoplectiformes sur la face antérieure de l'iris, injection péricornéenne et épisclérienne, dilatation de la pupille avec fausses membranes et synéchies postérieures, dureté excessive du globe, douleurs intolérables, spontanées et exaspérées par la moindre pression, cécité absolue, prostration, vomissements : rien ne manquait au tableau de cette terrible affection oculaire.

M. B... avait déjà été vu par mon savant confrère, M. le Dr Galezowski, qui avait conseillé une iridectomie et, en attendant l'opération, de fréquentes instillations d'un collyre à l'ésérine. Je ne pus que confirmer le diagnostic posé par mes confrères, en insistant vivement auprès du malade pour qu'il consentît à l'opération qu'il avait refusée jusqu'à ce jour.

Etant donnée la gravité du cas particulier, je ne cachai pas à la famille du malade que l'iridectomie serait seulement pratiquée en vue d'obtenir la cessation des douleurs, la vision étant à tout jamais perdue. Je crus même devoir ajouter qu'on serait peut-être obligé de recourir à l'énucléation de l'organe si, comme cela ne se voyait que trop souvent dans les cas de ce genre, l'iridectomie était impuissante contre les effroyables douleurs endurées par le malade. Enfin M. B... était averti qu'une iridectomie deviendrait probablement nécessaire à droite, si l'attaque glaucomateuse éclatait sur cet œil qui présentait déjà quelques phénomènes prodromiques (obnubilations, légère augmentation de la tension).

La situation était particulièrement grave. M. B... était diabétique depuis 25 ans; il avait rendu jusqu'à 92 grammes de sucre par vingt-quatre heures; mais jamais il n'avait eu de manifestations externes de son état diabétique ; par le traitement il était arrivé à faire disparaître presque complètement le sucre de son urine. Au moment de son opération, il en rendait encore de 2 à 3 gr. pour 1,000 gr. d'urine. Enfin une maladie organique du cœur gauche avec œdème des membres inférieurs constatée deux ans avant l'attaque glaucomateuse et accompagnée d'un léger engorgement pulmonaire chronique, devait inspirer au chirurgien les craintes les plus sérieuses, tant au point de vue final qu'au point de vue des accidents qui pouvaient se présenter dans le cours d'une opération réclamant impérieusement l'emploi de l'anesthésie.

Tous ces détails ne furent point cachés à la famille du malade. Les responsabilités bien établies, je pratiquai l'opération de l'excision de l'iris (O. G.) à ma clinique, le 7 février, avec l'aide de M. le Dr Campenon et de M. Leviste, mon chef de clinique. L'opération fut des plus laborieuses, car aux difficultés opératoires venaient s'ajouter toutes les anxiétés que nous causaient une respiration très irrégulière et un sommeil anesthésiqne forcément incomplet. Les suites n'en furent pas moins satisfaisantes pour un certain temps. Les douleurs semblaient avoir disparu quand, au seizième jour, l'œil droit était pris des premières atteintes du terrible mal. Une seconde iridectomie, accompagnée de toutes les péripéties de la première opération, était aussitôt pratiquée dans des conditions locales beaucoup plus favorables que pour l'œil gauche.

Dans les premiers jours de mars, M. B... quittait ma clinique, l'œil gauche, le premier opéré, n'étant plus douloureux et l'œil droit ayant une vision relativement bonne.

Pendant trois mois, le résultat parut se maintenir quand, sous l'influence d'hémorrhagies intra-oculaires, les crises douloureuses revinrent dans l'œil gauche. Le malade, qui avait repris des forces pendant cette période de calme, déclinait rapidement. Le sommeil, l'appétit se perdaient. L'énucléation que nous avions cru un instant pouvoir éviter s'imposait impérieusement.

Elle fut pratiquée le 11 juin au domicile du malade. Grâce à un pansement antiseptique rigoureux, elle ne fut suivie d'aucun accident sérieux. Nous noterons seulement un gonflement assez con-

sidérable des voiles palpébraux et une légère suppuration de la cavité oculaire. L'absence des phénomènes généraux nous permit de rejeter l'idée d'un phlegmon rétro-orbitaire. La compression et les lavages antiseptiques eurent bien vite raison de ces accidents post-opératoires. Peu à peu, sous l'influence d'un sommeil réparateur, les forces revinrent et le malade, aujourd'hui débarrassé de ces douleurs « qui le portaient aux idées de suicide », se réjouit d'avoir bénéficié d'une chirurgie qui n'a pas désespéré de son cas en le condamnant à une cécité absolue accompagnée d'effroyables tortures.

Quand M. B... fut opéré de l'œil droit, il avait déjà des opacités dans le cristallin. La vision alla en diminuant, et au mois de juin 1882, c'est-à-dire un an plus tard, la cécité était absolue. Néanmoins, comme l'état des membranes profondes de l'œil paraissait intact et que l'état général était assez bon. M. Coursserant consentit à extraire sa cataracte, mais en faisant ses réserves sur le résultat visuel. C'est donc cette opération et les suites que nous allons rapporter maintenant.

Observation XXXII (inédite).

Cataracte diabétique chez un malade déjà opéré de glaucome et dont l'œil gauche avait été énuclé ; irido-cyclite ; insuccès visuel.

Le 21 juin 1882, M. Coursserant opère M. B... à son domicile. Comme l'an dernier, ce malade avait eu quelques accidents glaucomateux de l'œil aujourd'hui cataracté, notre maître fait sa ponction et sa contre-ponction dans la sclérotique à un millimètre de l'anneau scléro-cornéen et son incision à la réunion du bord cornéen supérieur avec la sclérotique; en un mot il fait une scléro-kératotomie supérieure.

Pendant l'extraction de la cataracte, on n'a eu aucun accident à déplorer, car on pouvait craindre l'apparition d'une hémorrhagie

dans la chambre antérieure, une issue du corps vitré, vu l'état cardio-diabétique du malade. Les masses capsulaires sortent en même temps que le cristallin. Et le malade peut distinguer les doigts.

On instille deux gouttes d'un collyre à l'ésérine et on applique sur l'œil un pansement antiseptique, légèrement compressif.

Dans la soirée, nous allons voir le malade, qui a pu reposer un peu dans l'après-midi. Aucune douleur, pas de fièvre.

Le lendemain matin, M. Coursserant renouvelle le pansement. La plaie est presque cicatrisée. Mais M. B... n'accuse presque pas de vision. Dans la soirée, plus de chambre antérieure; la cicatrice s'était rompue probablement par suite d'efforts de toux que le malade avait faits dans la journée. Néanmoins, perception assez nette. Pansement. Pas de collyre.

Le 23. Quarante-huit heures après l'opération, même état que la veille. Pansement antiseptique. Dans la soirée, nous allons le renouveler. Pas de chambre antérieure; quelques débris capsulaires dans le champ pupillaire. Les deux bords de la plaie sont bien coaptés, mais aucune trace de cicatrisation. Nous réappliquons le pansement.

Le 24. Le troisième jour, même état.

Le 26. Dans la soirée du cinquième jour, le malade nous dit avoir ressenti quelques douleurs assez aiguës dans son œil et dans l'intervalle de celles-ci une douleur sourde. Pas de pus sur les linges.

La chambre antérieure est reformée. Nous prescrivons 2 gram. d'hydrate de chloral pour la nuit.

Le 27. Effacement de la chambre antérieure, dû encore aux efforts de toux du malade qui ne peut les maîtriser. Toutefois, perception visuelle assez nette. Pansement.

Le 28. Dixième jour : cicatrisation complète. On laisse l'œil débandé dans la journée. On fait remettre le bandage pour la nuit.

Les 29 et 30. Persistance de la cicatrice. Mais le malade se plaint de quelques douleurs qu'il localise aux paupières : conjonctivite. Dépôts capsulaires très nets, sauf en bas où il reste une partie de pupille très nette.

1er, 2, 3 et 4 juillet. La conjonctivite est plus intense. Blépharospasme. Compresses chaudes antiseptiques.

Le 8. Persistance de la conjonctivite.

Le 18. Toujours de la photophobie. En outre, le malade se plaint, depuis cinq jours, de douleurs assez fortes dans l'œil. Ce matin, il y avait un léger épanchement sanguin dans la chambre antérieure; mais, à cause de la photophobie intense, il est impossible d'examiner l'œil attentivement. L'iris est attiré en haut vers la cicatrice.

Le 22. Dans la nuit, le malade a éprouvé de fortes douleurs dans son œil et dans la région sus et sous-orbitaire. En examinant l'œil, on n'observe pas de phénomènes internes. Le malade a toujours la perception des doigts dans toutes les directions. Le globe oculaire n'est pas dur, mais il est très sensible à la pression, surtout au niveau de la cicatrice.

Les jours suivants, la toile capsulaire augmente et à elle s'ajoutent des exsudats plastiques. L'iris contracte des adhérences, de sorte que, au commencement d'août, il ne reste même plus un petit espace pupillaire libre.

En présence de cet état, notre maître propose au malade de lui faire une iridotomie.

Cette opération est pratiquée le 8 août 1882 avec l'aide de M. Desgoffe, externe des hôpitaux. M. Coursserant fait d'abord une ponction et, à l'aide des pince-ciseaux, il sectionne l'iris sur une étendue de 7 millimètres environ. Malheureusement il se produit, même avant cette section de l'iris, une hémorrhagie dans la chambre antérieure.

Les jours suivants, il se produit une petite poussée inflammatoire et l'hémorrhagie ne disparaît pas vite. Les douleurs reviennent presque toutes les quarante-huit heures. Elles siègent à la tempe droite et à la région frontale du même côté et surviennent principalement la nuit. Sulfate de quinine et onctions mercurielles belladonées.

22 août. On peut apercevoir la section, mais ses deux bords ne se sont pas rétractés et n'ont pas laissé la plus petite parcelle de pupille. Pas de vision. L'iris est encore enflammé.

12 septembre. Persistance des douleurs. L'iris a repris une teinte plus claire.

3 octobre. Même état.

7 novembre. Le malade ne ressent plus de douleurs depuis trois semaines. L'œil n'est sensible qu'à la pression. La pupille est complètement obstruée. Toutefois, perception assez nette du jour et de la nuit et perception de la lumière artificielle.

Nous faisons analyser les urines, elles contiennent 22 gr. 50 de sucre par litre.

1er février 1883. La nuit dernière, M. B..., qui n'avait pas eu de douleurs depuis plusieurs semaines, en a éprouvé une très forte.

Tel est l'état du malade actuellement. L'œil a très bon aspect et peut-être sera-t-il possible de tenter une nouvelle iridotomie.

Ce qui engage M. Coursserant à faire une dernière tentative, c'est l'absence de toute inflammation oculaire en ce moment et la perception lumineuse assez nette qu'accuse encore le malade. De plus, l'état général est relativement bon.

Observation XXXIII (inédite) (service de M. le professeur Trélat).

Cataracte diabétique double; extraction linéaire modifiée : œil gauche; succès.

Le nommé L..., âgé de 60 ans, agent d'assurances, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 27, à la fin de juin 1882.

Cet homme se plaint de ne plus y voir de l'œil gauche et presque plus de l'œil droit. L'affaiblissement de la vue a commencé il y a un an et demi.

On examine les deux yeux et on constate que l'œil gauche est atteint d'une cataracte complète, demi-molle, à aspect blanc laiteux. Avec cet œil, le malade ne distingue plus les doigts, mais il perçoit nettement la différence du jour et de la nuit et la lueur d'une lampe. L'œil droit est également pris; mais les rayons

lumineux passent encore au travers du cristallin dont les stries opaques sont irrégulières et se dirigent de la périphérie au centre.

En présence de la forme et de la marche rapide de ces cataractes, M. Trélat fait examiner les urines, on y trouve du sucre, mais l'analyse quantitative n'a pas été faite.

Néanmoins, il propose au malade l'opération à gauche. Mais comme cet œil est le siège d'un léger catarrhe conjonctival, M. Trélat attend pour opérer que cette affection soit guérie.

L'extraction est pratiquée le 18 juillet 1882.

Ponction et contre-ponction au niveau de l'anneau scléro-cornéen et section légèrement curviligne se terminant au niveau du bord supérieur de la cornée. Iridectomie assez large. Le cristallin très volumineux sort assez facilement entraînant avec lui beaucoup de masses corticales. La pupille est claire, et le malade compte parfaitement les doigts.

Bandage antiseptique et légèrement compressif.

Cicatrisation complète au bout de 48 heures. Instillations de deux gouttes d'un collyre à l'atropine.

Le quatrième jour, on ne met plus de bandage compressif. Un simple bandeau sur l'œil.

Quatre jours après, le malade se sert de lunettes fumées ; et le 8 août il quitte l'hôpital avec une vision excellente.

Dix jours après, on lui détermine le numéro de son verre à cataracte et avec le n° 2 1|2 il lit parfaitement les caractères d'un journal.

Oblervation XXXIV (inédite) (service de M. le professeur Trélat).

Extraction linéaire modifiée : œil droit ; succès.

Le 8 novembre, le malade précédent revient à Necker pour se faire opérer de son œil droit avec lequel il ne voit plus.

Nous examinons les urines. Elles contiennent encore du sucre. Alors nous interrogeons avec soin le malade sur les manifestations diabétiques qu'il a pu présenter jusqu'ici. Le nommé L... boit environ deux litres de liquide par jour et il est souvent obligé de boire entre ses repas. Il ne présente pas d'autres phénomènes,

sauf des quintes de toux le matin. Comme manifestation diathésique, nous trouvons dans les antécédents de notre malade l'apparition de 35 furoncles qu'il a eu successivement dans différentes parties du corps. Jamais il n'a suivi le régime antidiabétique, ne se doutant pas atteint de cette affection.

Nous recueillons les urines de vingt-quatre heures et nous les faisons analyser par M. le Dr Esbach. La quantité est de 2.007 gr. et la quantité de sucre est de 13 grammes 50 par litre, ce qui fait donc 27 grammes de sucre que le malade élimine dans le même espace de temps.

L'extraction de cette seconde cataracte est pratiquée le 14 novembre 1882. Même procédé que pour l'autre. Le cristallin est volumineux comme le premier. Pansement antiseptique.

La cicatrisation ne s'est pas faite aussi rapidement parce que le malade s'est levé plusieurs fois dans les deux nuits qui ont suivi l'opération.

Le 30 novembre, il quitte l'hôpital avec une vision très bonne.

Quinze jours après on détermine le numéro de son verre. Avec un n° 2 il lit couramment le n° 1 de l'échelle typographique.

Et pour vaquer à ses occupations, il ne lui est même pas nécessaire de porter des verres.

Nous avons examiné depuis les membranes profondes de chaque œil. Il n'y a pas de lésions.

Nous regrettons de ne pouvoir ajouter ici les observations de quatre autres cataractes diabétiques que M. le professeur Trélat nous a dit avoir opérées avec succès. Toutefois nous les ferons rentrer dans notre statistique.

En 1882, M. le Dr Armaignac (de Bordeaux) publia une observation qui est encore à l'appui de notre thèse (1).

(1) Armaignac. Revue clinique d'oculistique du sud-ouest, déc. 1882, n° 12.

Observation XXXV (résumée) (empruntée à M. Armaignac).

Cataracte dure complète aux deux yeux; albuminurie considérable et permanente; glycosuric intermittente; cachexic très avancée; opération de la cataracte à l'œil gauche; guérison rapide; mort subite du malade quatre mois après.

M. A. de F... 50 ans, diabétique depuis plusieurs années. Tantôt un peu de sucre dans les urines, tantôt aucune trace. Mais la quantité d'albumine est toujours très forte, cependant aucune affection rénale,

Amaigrissement depuis plusieurs mois. Attaques de dyspnée et violentes palpitations.

Affaiblissement de la vue depuis trois ans environ. Vision satisfaisante jusqu'à il y a trois mois; mais depuis cette époque les cataractes se sont développées rapidement. Quelques taies sur les cornées et myopie très forte.

Opération : œil gauche. Extraction, Kératotomie supérieure avec lambeau de 3 millim. de hauteur. Petite iridectomie. Extraction facile du cristallin avec la pelle de Weber appuyée sur la lèvre postérieure de l'incision pendant que la partie inférieure de la cornée est déprimée avec le dos de la curette de caoutchouc. Essai de vision très satisfaisant. Deux gouttes de sulfate d'ésérine à 1 pour 200. Bandeau légèrement compressif. Décubitus dorsal.

Guérison absolument complète au bout de quelques jours.

Un mois après, le malade lit couramment le n° 2 de Snellen à 25 centim.

Depuis amaigrissement de plus en plus prononcé et l'analyse des urines faite à plusieurs reprises a toujours donné une grande quantité d'albumine; mais peu ou point de sucre.

Quatre mois après l'opération, M. de F. mourait presque subitement sans avoir été alité un seul instant.

Cette observation, quoique concernant un diabétique intermittent, est très importante à connaître à cause de la grande quantité d'albumine que rendait le malade.

Or nous avons déjà vu que MM. Lecorché et Sichel défendaient l'opération dans ces cas (voir observat. XIII). Cette observation vient donc aussi démontrer le contraire.

Dans le Congrès d'ophthalmologie qui s'est tenu à Paris au commencement de février 1883, nous avons entendu M. le Dr Galezowski annoncer également deux succès d'opération de cataracte chez des diabétiques, dont l'un a 62 gr. 50 de sucre par litre et l'autre 4 gr. seulement après en avoir eu jusqu'à 40 gr. La méthode employée par M. Galezowski est celle à lambeau sans iridectomie.

Si nous avons résumé une partie de ces observations et publié les autres en entier, c'était pour apporter le plus de preuves possibles contre le *noli me tangere* de certains auteurs. Notre statistique, du reste, démontrera que la moyenne des insuccès n'est guère plus élevée que pour les autres cataractes. Nous comptons seulement 6 insuccès sur 61 opérations par extraction linéaire modifiée, ce qui fait 10 insuccès sur 100. Or, pour les autres cataractes et par la même méthode, la moyenne est de 4 à 5 insuccès. Il n'y a donc pas lieu, comme on voit, de repousser l'opération de la cataracte chez les diabétiques, mais à la condition que les opérateurs prennent les précautions que nous allons indiquer plus bas.

Statistique.

Méthodes.	Nombre des opérations	Succès.	INSUCCÈS. Visuels.	Perte de l'œil:	Demi-succès
Abaissement, broiement, discision.....	11	6	4	»	1
Extract. linéaire simple..	11	11	»	»	»
Extraction linéaire avec iridectomie.....	5	5	»	»	»
Extraction linéaire périphérique et extraction linéaire modifiée.....	61	55	4	2	»
TOTAL.....	88	77	8	2	1

CHAPITRE III

DANS QUELLES CONDITIONS ET COMMENT DOIT-ON OPÉRER LA CATARACTE CHEZ LES DIABÉTIQUES ?

Malgré une statistique aussi rassurante, nous sommes convaincu cependant que le diabète a fait manquer plus d'une opération de cataracte, et qu'il en fera échouer plus d'une encore dans l'avenir. Mais d'un autre côté nous avons la conviction que les insuccès seront de plus en plus rares. Et pourtant l'œil ne fait pas exception aux autres organes; il est peut-être même celui de l'économie qui est le plus atteint par les manifestations diathésiques. Nous savons en effet que le rhumatisme, la

goutte, la syphilis provoquent des iritis, des choroïdites très graves, que la scrofule détermine des kératites à répétition, l'albuminurie une rétinite espéciale, et le diabète, comme nous l'avons vu, des cataractes et des lésions dans la rétine. Comment expliquer alors cette immunité presque absolue de l'opération de la cataracte chez les diabétiques Pouquoi le traumatisme opératoire n'est-il pas suivi plus souvent de complications quand il frappe un organe aussi prédisposé aux inflammations. Cette innocuité dépend, à notre avis, des précautions prises avant et après l'opération et du manuel opératoire.

Il faut avoir soin d'examiner attentivement l'état de l'œil non seulement au point de vue de l'intégrité de la rétine et de la choroïde, mais encore au point de vue de l'intégrité des membranes externes. En outre il faut surveiller et modifier, s'il en est besoin, l'état général du futur opéré.

Si nos devanciers ont eu à enregistrer des insuccès c'est qu'ils n'avaient pas l'examen ophthalmoscopique; ils tiraient les probabilités pour ou contre l'opération de l'examen seulement de la perception visuelle, sans tenir compte de l'examen de la vision périphérique, sans s'assurer si les membranes de l'équateur antérieur de l'œil étaient saines.

« Etant donnée une cataracte diabétique, a dit notre excellent maître, ou une cataracte chez un diabétique, nous aurons à examiner les qualités de cette cataracte, l'état des membranes profondes, l'intensité de la vision centrale, l'intégrité de la vision périphérique, la sensibilité

de la projection rétinienne, enfin la marche de la diathèse et l'état général du malade. »

Qu'on opère en effet un malade atteint de cataracte diabétique sans faire attention aux lésions rétino-choroïdiennes dont il est porteur, le choc traumatique produira un certain retentissement sur les membranes profondes déjà enflammées. Avant la découverte de l'ophthalmoscope, on ne savait pas exactement s'il y avait des lésions profondes, on ne pouvait que les soupçonner par les symptômes qu'accusait le malade. Aujourd'hui l'ophthalmoscope nous en donne la preuve pour ainsi dire anatomo-pathologique. On pourra nous objecter, il est vrai que cet examen ne peut pas toujours être fait, car souvent le malade vient consulter quand la cataracte est complète. A cela nous répondrons que si on ne peut plus envoyer de rayons lumineux dans le fond de l'œil cataracté entièrement, il est presque toujours possible d'éclairer quelque peu les membranes internes de l'autre, en général moins opacifié. Et comme les lésions ne sont presque jamais monoculaires, si on en trouve dans un œil, on peut conclure que l'autre est également atteint. Sans cet examen préalable, on s'expose à des fâcheux mécomptes. S'il y a des hémorrhagies rétiniennes, on les augmentera soit comme dans l'abaissement, par la pénétration de la cataracte dans le corps vitré, soit comme dans l'extraction par la diminution brusque de la tension intra-oculaire.

Quand on ne pourra éclairer aucun des deux yeux à cause du même degré de développement de la cataracte, on devra avoir recours à l'examen de la vision centrale,

de la vision périphérique et de la projection rétinienne. M. Coursserant a montré (1) dans un remarquable travail toute l'importance qu'il y avait à examiner la vision périphérique. Bien des lésions situées dans l'équateur antérieur de l'œil sont passées inapercues, Aussi est-il utile de les reconnaître parce que « le cristallin reçoit souvent le contre-coup des altérations de la choroïde lorsqu'elles siègent en avant. »

Nous avons dit que les membranes externes de l'œil devaient être saines. En effet la première condition pour qu'une plaie marche bien et rapidement vers la cicatrisation, c'est de la préserver de tout contact nuisible. Or il arrive bien souvent que les malades caractés, surtout les vieillards, se présentent avec un catarrhe du sac, une conjonctivite catarrhale ou une blépharite ciliaire chronique. Et si l'on ne tient aucun compte de ces phénomènes morbides avant l'opération, il arrivera que l'irritation produite par le traumatisme opératoire augmentera encore la sécrétion de la muqueuse conjonctivale, et la plaie, baignée par le muco-pus de voisinage, se flétrira au lieu de se cicatriser et deviendra le point de départ d'une mortification de la cornée : accidents qu'on évitera facilement si l'on a soin d'améliorer ou de guérir, si l'on peut, ces affections externes avant d'entreprendre l'opération. C'est du reste la marche que nous avons vu suivre par M. le professeur Trélat chez le malade qui fait le sujet de l'observation XXXIII et que notre maître, M. Coursserant, suit toujours.

(1) Coursserant. Etude sur la choroïdite antérieure. Thèse de Paris, 1877 (mention honorable).

Quand on s'est assuré du bon état de l'œil il faut s'enquérir ensuite de l'état général du malade. Le diabète prédispose, comme on sait, aux inflammations. Il n'est pas rare de voir évoluer des pneumonies et des tubercules pulmnnaires, apparaître des furoncles, des anthrax ou des phlegmons. En un mot, le diabète, affection essentiellement chronique, se traduit souvent par des manifestations aiguës. Qu'arrivera-t-il si l'on choisit pour opérer un de ces moments ? A l'inflammation quelconque que supportera déjà le malade on ajoutera une plaie opératoire. Celle-ci qui, en temps ordinaire, se cicatriserait facilement, se transformera, sous l'influence de l'état inflammatoire général, en une inflammation suppurative dont la fonte purulente de l'œil sera le dernier terme.

Dans le congrès d'ophthalmologie qui a eu lieu dernièrement à Paris, nous avons entendu Mr le Dr Dufour (de Lausanne) dire avoir perdu un œil chez un opéré de cataracte par la seule raison que le malade avait un furoncle au pied accompagné d'une petite rougeur érysipélateuse en voie de guérison. Et cependant l'opéré n'était pas diabétique.

Aussi nous dirons : quand on se trouve en présence d'une cataracte diabétique chez un malade qui traverse une crise aiguë de sa diathèse, il faut attendre pour opérer que les phénomènes aigus soient passés.

Mais quel procédé devra-t-on choisir.

L'abaissement, la discision, le broiement sont condamnés aujourd'hui par tout le monde.

L'extraction à grand lambeau, souvent accompagnée

de mortification de la cornée, rend cet accident encore plus fréquent chez les diabétiques où les tissus en général subissent une grande dénutrition.

L'extraction linéaire simple qu'on a délaissée, et à juste titre, comme méthode à employer pour les cataractes en général, offre cependant de sérieux avantages pour les cataractes diabétiques molles; mais comme nous croyons qu'il n'est pas toujours possible de diagnostiquer avant l'opération si on a affaire à une cataracte molle ou demi-molle à noyau plus ou moins volumineux, nous pensons que ce *modus faciendi* doit être rejeté. Nous ne ferons des réserves que pour les sujets au-dessous de 25 ans, chez lesquels les cataractes sont toujours molles (voir obs. VI et VII).

Toutes ces méthodes étant éliminées à cause de leurs grands inconvénients, nous choisirons l'*extraction linéaire modifiée avec iridectomie*. Toutefois celle que nous adoptons diffère un peu du procédé de Graefe, ce que nous allons voir, du reste, dans la description succincte que nous allons en faire, tous les détails se trouvant dans les principaux traités d'ophthalmologie. Nous insisterons seulement sur les modifications importantes.

1er *temps*. — De Graefe faisait sa ponction et sa contre-ponction dans la sclérotique sur une ligne tangentielle au bord supérieur de la cornée, puis il sectionnait la sclérotique au niveau du canal de Schlemm. Mais cette incision très périphérique, faite dans une région riche en vaisseaux et près de l'insertion de la zonule de Zinn, donnait lieu souvent à des hémorrhagies

pendant et après l'opération; de plus, les procidences et les issues du corps vitré n'étaient pas rares.

Aussi, pour parer à ces inconvénients, est-il préférable de faire la ponction et la contre-ponction dans l'anneau scléro-cornéen à 2 millimètres environ du bord supérieur de la cornée, et de faire la section à la jonction de ce bord avec la sclérotique ou à 1/2 millimètre au-dessous. On a ainsi une plaie presque rectiligne de 8 à 10 millimètres d'étendue, suffisante pour laisser passer un cristallin même volumineux. C'est le procédé que nous avons toujours vu employer par notre maître et par M. Trélat.

2° *temps.* — Ce temps est de toute nécessité, car c'est de lui que dépend la sortie plus ou moins facile du cristallin. Nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui, aujourd'hui, veulent revenir à l'ancienne méthode à lambeau sans iridectomie. Quoique M. Galezowski ait eu dernièrement deux succès par cette méthode chez deux diabétiques, nous pensons qu'on doit exciser l'iris. Mais cette excision doit-elle être large ou petite? Sans mesurer toute la longueur de la plaie, nous pensons qu'elle doit être assez large pour que le cristallin ou ses masses ne viennent pas *racler* l'iris et n'aillent pas s'engager derrière cette membrane, d'où il serait impossible de les extraire. En agissant ainsi, on évitera des inflammations de l'iris, du corps ciliaire et des parties antérieures de la choroïde. L'iridectomie, d'ailleurs, a encore un autre avantage, elle est antiphlogistique, surtout pour les accidents post-opératoires. On a dit

qu'elle augmentait les troubles de diffusion. Mais cet inconvénient, pour nous, est bien minime, surtout si on a soin d'exciser l'iris à la partie supérieure, car le coloboma que l'on produit est caché presque tout entier par la paupière supérieure.

3e *temps.* — On pratique dans ce temps la déchirure de la cristalloïde : c'est la cystitomie.

4e *temps.* — Il s'agit d'expulser le cristallin. Beaucoup de procédés ont été imaginés pour rendre cette expulsion plus facile. On s'est servi, surtout en Angleterre et en Allemagne, de curettes de différents modèles avec lesquelles on allait chercher la cataracte. Aujourd'hui cette manœuvre est abandonnée, et avec raison, car elle donnait souvent lieu à des accidents terribles.

Celle que nous avons vue souvent employer à la clinique de M. Coursserant, et qui a été décrite pour la première fois par A. Sichel, consiste à faire glisser le cristallin au moyen de douces pressions exercées sur l'œil. Lorsque la capsule est déchirée, on déprime légèrement avec la curette de Weber, en forme de pelle, la lèvre supérieure ou sclérienne de la plaie. Avec la pince fixatrice tenue de l'autre main on exerce également une légère pression. Puis, par des mouvements de latéralité, la pelle de Weber s'engage doucement derrière le bord équatorial du cristallin, mais ne va pas plus loin. Ces deux pressions combinées ensemble tendent à expulser le cristallin qui vient de lui-même se passer

dans la curette. Cette modification a l'avantage de faciliter la sortie de la cataracte en écartant les lèvres de la plaie; elle protège, en outre, la zonule de Zinn, qui se trouve maintenue par le dos de la curette et par conséquent moins exposée à se rompre. Cette manœuvre, en écartant le corps ciliaire, empêche qu'il soit contusionné par le bord équatorial du cristallin, et diminue le danger d'une irido-choroïdite.

Mais l'opération n'est pas tout pour mener à bien la guérison du malade; les soins consécutifs (pansement, régime à suivre) sont peut-être pour plus de moitié dans le résultat.

En chirurgie oculaire comme en chirurgie générale, on a adopté les pansements antiseptiques. Cette méthode a même été l'objet d'une intéressante discussion au Congrès d'ophthalmologie de Paris.

Nous avons entendu M. Abadie dire que les accidents, à la suite de l'opération de la cataracte, venaient de deux sources différentes : inoculation du pus par les germes atmosphériques; inoculation du pus par les germes de voisinage. Contre la première, il emploie le spray; contre la seconde, il emploie les lotions et les pansements antiseptiques, et nettoie l'œil avec un jet d'une solution saturée d'acide borique.

M. de Wecker, à un moment, fit aussi usage du spray; mais il trouva qu'il était plutôt nuisible qu'utile. Selon lui, il ne faut pas inonder le malade, car on s'expose à des insuccès qui n'arriveraient pas sans cela. Pendant qu'il se servait de vaporisation d'acide phénique dans

la salle d'opération, M. de Wecker a eu 6 suppurations de l'œil sur 160 opérations ; depuis qu'il a abandonné cette méthode, il n'a pas encore eu de suppuration sur 400 opérés.

Nous partageons entièrement l'avis de M. de Wecker; il nous semble qu'il est tout à fait inutile d'employer le spray dans les salles de clinique particulière où l'air n'est pas vicié; mais nous pensons que son usage sera utile dans les salles d'hôpital où l'atmosphère est complétement chargée de microbes.

Mais ce qui importe le plus, c'est de lotionner souvent les yeux à opérer avec un liquide antiseptique, de se servir, pour l'opération, d'instruments excessivement propres et de faire après un pansement antiseptique.

La solution antiseptique varie suivant les opérateurs. Les uns emploient l'acide phénique, d'autres l'acide borique; quant à nous, nous avons toujours vu M. Coursserant se servir d'un mélange d'acide salicylique, d'essence de Wintergreen et d'alcool, et bien rarerement nous avons constaté la présence du pus sur les pièces du pansement.

Voici d'ailleurs comment notre maître procède. Avant l'opération, il fait faire des lotions antiseptiques fréquentes sur l'œil à opérer. S'il existe un catarrhe assez fort, il commence par le traiter et n'opère que lorsqu'il est disparu. L'opération terminée, il instille une ou deux gouttes d'un collyre à l'ésérine (10 centigr. pour 30 gram.), afin d'empêcher les enclavements de l'iris dans les angles de la plaie. Il applique ensuite sur les paupières fermées un morceau de protective recouvert

d'un petit rond de toile ou de lint trempés dans le mélange antiseptique cité plus haut. Après, il remplit le creux orbitaire avec des plumasseaux de charpie fine disposés en rond, de manière à avoir une compression douce et en même temps égale sur tout le globe oculaire. Enfin il maintient le tout au moyen d'une longue bande de flanelle.

Le malade doit rester autant que possible dans le décubitus dorsal pendant quarante-huit heures, au moins, c'est-à-dire pendant le temps nécessaire à la cicatrisation.

Quand le premier pansement doit-il être renouvelé? De Graefe avait l'habitude de le changer six heures après l'opération. Beaucoup l'ont imité depuis. Mais cette methode qui donnait une certaine satisfaction à l'opérateur, parce qu'il revoyait plus tôt l'œil de son malade, n'était pas exempte de reproches. On empêchait ainsi la formation rapide de la cicatrice, qui demande la plus grande immobilité de l'œil et des paupières. Depuis quelques années on ne renouvelle le premier pansement que douze ou vingt-quatre heures après l'opération. M. Meyer prétend même que si le malade ne se plaint pas, s'il n'a pas de douleurs orbitaires ou périorbitaires, il faut laisser le pansement pendant quarante-huit heures consécutives. Pour cet éminent oculiste, l'absence de douleurs est un critérium : l'œil opéré est en bonne voie de guérison. Cette manière de procéder, tout exagérée qu'elle paraisse, nous semble très rationnelle. Toutefois, si on ne veut pas la suivre, nous conseillons

de ne défaire le premier pansement qu'au bout de vingt-quatre heures.

Cette question des pansements est pour nous très importante, car nous avons entendu M. Coursserant dire bien souvent dans ses leçons qu'une opération irrégulière, mais suivie de pansements bien faits réussissait, tandis qu'une belle opération pouvait manquer par des pansements défectueux.

Le premier appareil contentif levé, il suffit d'examiner l'aspect général des paupières et de l'œil lui-même. S'il y a un peu de sécrétion, on se contera de l'enlever doucement avec une éponge très fine. Mais, et c'est un point sur lequel nous insistons, il ne faudra jamais faire regarder le malade en bas, car celui-ci est obligé de faire un effort, et on l'expose ainsi à avoir une rupture de la cicatrice en voie de formation, un effacement de la chambre antérieure et un épanchement sanguin venant des bords de la plaie.

Au bout de quarante-huit heures, si la cicatrisation est complète, on pourra permettre au malade de se lever quelques instants, mais il faudra l'asseoir dans un fauteuil.

Enfin les jours suivants, lorsqu'il n'y aura plus de crainte d'avoir un effacement de la chambre antérieure, le malade pourra se promener sans bandage, n'ayant devant l'œil qu'un simple carré noir pour l'abriter contre la trop grande lumière du jour. Mais pour la nuit, le bandage devra être remis.

Si l'on prend toutes ces précautions, nous sommes persuadé que la guérison sera complète en huit jours.

Bien entendu, il faudra faire suivre au malade un régime antidiabétique et interdire, pendant les deux premiers jours, l'accès de sa chambre aux personnes qui viendraient pour le voir. Ces visites en effet ne sont pas sans lui produire quelque émotion et par cela même compromettent souvent ou retardent la guérison.

Dans plusieurs des observations que nous avons rapportées nous avons vu que les deux yeux avaient été opérés dans la même séance et avec succès. Malgré les bons résultats que certains opérateurs ont pu retirer de ce *modus faciendi*, nous pensons qu'il vaut mieux laisser entre les deux opérations un intervalle de deux semaines au moins. Pourquoi en chirurgie générale, les opérations réussissent-elles mal chez les diabétiques? C'est, d'après les auteurs, à cause du grand choc traumatique apporté à un organisme déjà débilité. Or, n'en sera-t-il pas de même lorsque le trauma frappera les deux yeux en même temps. Et si, par malheur, des complications post-opératoires surviennent sur un œil, elles retentiront sur l'autre avec une intensité si forte qu'il sera souvent impossible de les enrayer. Nous fixons le terme de deux semaines entre chaque opération, parce qu'après ce laps de temps le premier œil opéré a repris pour ainsi dire son existence normale et qu'il n'est plus susceptible de recevoir le contre-coup du traumastisme opératoire porté sur l'autre œil ou des accidents qui pourraient s'y développer.

En résumé nous dirons que ce n'est pas la présence du sucre qui constitue le danger dans l'opération de la cataracte diabétique, mais que se sont les lésions du

fond de l'œil et les manifestations aiguës de la diathèse qui sont redoutables pour les suites opératoires.

CONCLUSIONS

La cataracte diabétique existe. Nous en trouvons la preuve dans les nombreux mémoires ou observations qui nous ont montré qu'elle avait une forme, une consistance et une marche spéciales.

Mais toutes les cataractes qui surviennent chez les diabétiques ne sont pas toutes d'origine diabétique.

Le *noli me tangere* lancé par quelques auteurs contre l'opération de la cataracte diabétique est trop absolu, car la moyenne des succès est presque aussi élevée que pour les autres formes de cataracte. Cette moyenne est plus forte depuis que l'on emploie l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie.

Mais avant d'entreprendre l'opération, il faut examiner l'œil du malade pour savoir si les membranes profondes sont saines, ainsi que les membranes externes. On ne doit pas tenter l'opération quand le malade subit une crise aiguë de la diathèse,

Après l'opération, on doit employer les pansements antiseptiques et ne les renouveler que toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures.

En même temps le malade doit-être soumis à un régime antidiabétique sévère.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine ; leur préparation ; caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées ; leurs caractères généraux ; leur classification. Des sangsues ; décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent de la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies

Anatomie et histologie pathologigues. — De l'hypertrophie du cœur.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée.

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu, le président de la thèse,
TRELAT.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.